A monsieur le Dr. Diday
Hommage bien respectueux

13

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 13 *juin* 1861,

Par Louis LORTET,

né à Oullins (Rhône),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

ex-Interne des Hôpitaux de Lyon,
Lauréat de l'École de Médecine de la même ville.

ESSAI MONOGRAPHIQUE

SUR LE

PRÉTENDU CANCROÏDE LABIAL.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1861

1861. — Lortet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	N. GUILLOT. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN, Président.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER, Examineur. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire*, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.
BAILLON.
BARTH.
BLOT.
BOUCHUT, Examinateur.
BROCA.
CHAUFFARD.
DELPECH.
DUCHAUSSOY.
EMPIS.
FANO.
FOLLIN.
FOUCHER.

MM. GUBLER.
GUILLEMIN, Examinateur.
HÉRARD.
LASÈGUE.
LECONTE.
PAJOT.
REVEIL.
RICHARD.
SAPPEY.
TARDIEU.
TRÉLAT.
VERNEUIL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

P. LORTET,

D. M. P.

Membre de l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Lyon,
de la Société d'Agriculture et Sciences naturelles de la même ville,
Correspondant des Sociétés royales d'Agriculture de Bavière
et du Grand Duché de Bade,
de la Société de Géographie de Francfort,
de la Société des Naturalistes et Médecins de Heidelberg,
de la Pollichia du Palatinat,
de la Société de Minéralogie d'Iéna,
de l'Académie d'Aix en Provence,
de la Société météorologique de France;
Associé national de la Société anthropologique de France, etc. etc.

Amour et reconnaissance.

ESSAI MONOGRAPHIQUE

SUR LE

PRÉTENDU CANCROÏDE LABIAL.

INTRODUCTION.

Malgré les laborieuses études de tant de médecins distingués et de savants histologistes, on peut dire que le cancroïde labial est encore bien peu connu, non-seulement sous le rapport de sa structure intime, mais encore au point de vue de ses causes, de sa marche, de sa terminaison, et surtout de son traitement. Nous ignorons totalement quelles influences exercent sur cette maladie l'âge, le sexe, le tempérament, la nourriture, le climat. Le cancroïde labial, à son début, et sous le point de vue de sa structure, diffère souvent très-peu de certaines autres tumeurs; nous ne pouvons pas dire cependant pourquoi il s'en éloigne par sa nature, à moins que nous ne voulions nous payer de mots et dire, comme les Allemands, que la verrue, par exemple, diffère du cancroïde par une *discrasie!* Au point de vue clinique même, ne voit-on pas nombre de pathologistes se bercer d'un espoir chimérique et regarder cette maladie comme bénigne? Nous verrons plus loin jusqu'à quel point les faits sont d'accord avec cette manière de voir.

Nous n'avons pas la prétention de résoudre tous ces problèmes; mais, ayant eu l'occasion d'observer un grand nombre de cancroïdes des lèvres, ayant eu à notre disposition de précieux matériaux,

nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile d'ajouter une pierre, quelque petite qu'elle fût, aux travaux qui, il faut bien l'espérer, nous permettront un jour de nous rendre maîtres de cette affreuse maladie.

Dans l'antiquité, les Grecs et les Arabes ne disent rien de précis sur le cancroïde des lèvres; ce n'est qu'à l'époque de la renaissance de l'art chirurgical, dans Guy de Chauliac, dans Théodoric et Roger de Parme (1), et surtout dans Ambroise Paré, le plus grand chirurgien du XVIe siècle, comme le dit son historien, que nous trouvons quelques notions exactes sur cette maladie. Paré met le *noli me tangere* à côté du cancer du sein, et cette place suffit pour indiquer l'idée que cet homme si perspicace se faisait de sa nature. Cette affection y est bien mieux décrite que dans les ouvrages de beaucoup de ceux qui viennent après lui; le seul reproche qu'on puisse lui faire est d'avoir confondu le cancer ulcéré des lèvres avec le chancre et le lupus, si toutefois à pareille époque l'erreur pouvait être évitée.

Les successeurs de Paré ajoutent peu de choses aux travaux du maître. En 1757, Ledran, dans son beau travail sur le cancer, reconnaît la nature maligne du cancroïde des lèvres; tandis que bien plus tard Bayle, Boyer, et même A. Bérard, déclarent que le cancroïde est une affection bien moins dangereuse que le cancer, que souvent même on peut en obtenir la guérison radicale. Jusqu'à cette époque les pathologistes s'étaient surtout occupés de la marche, des causes, du traitement; mais, sauf quelques rares essais,

---

(1) Nous devons à l'extrême bienveillance de M. Paul Broca la connaissance d'un curieux in-folio intitulé : *Cyrurgia Guidonis de Cauliaco et Cyrurgia Bruni, Theodorici, Rolandi, Lanfranci, Rogerii*, etc.; Venise, 1519. On y trouve une phrase d'autant plus digne d'attention quelle a été écrite plus de six cents ans avant l'application du microscope à la pathologie. Roger de Parme, après avoir expliqué que le *cancer* est causé par une bile plus *maligne* que le *noli me tangere*, termine ainsi : « quod probatur quare cancer in uno die plus corrodit quam *noli* « *me tangere* in uno mense » (p. 228).

l'anatomie pathologique avait été complétement laissée de côté. Ecker (1844), le premier, cherche à prouver qu'une grande partie des tumeurs appelées *ulcères cancéreux* de la peau et surtout des lèvres n'offraient pas une texture analogue à celle des *carcinomes*, mais que le plus souvent ce n'étaient que des tumeurs papillaires ulcérées. Rokitansky appelle (1846) le cancer des lèvres *cancer épithélial*, et il en indique les caractères et l'aspect, sans cependant parler de son développement histologique et de ses rapports avec les épithélium normaux. Bruch (1847) distingue la simple prolifération de l'épiderme du développement de certaines masses cellu-leuses à caractère épithélial, dans la profondeur du chorion. Frerichs et Meyer (1849) admettent une grande parenté entre les verrues ulcérées et le cancroïde des lèvres. M. Lebert (1851) partage aussi cette opinion. Le célèbre professeur de Zurich, ne retrouvant pas la fameuse cellule spécifique dans les tumeurs cancéreuses ulcérées des lèvres, en fait, sous le nom de *cancroïde*, une classe tout à fait à part. L'absence de récidive et de généralisation doit aussi caractériser, suivant lui, ce genre nouveau. Durant quelques mois, on fut pris d'un véritable engouement pour l'idée émise par M. Lebert, et bon nombre d'esprits distingués en subirent l'influence. Seul, l'illustre chirurgien de la Charité, couvert de son immense expérience clinique, défiait toutes les attaques de la doctrine nouvelle, laquelle ne tarda pas à s'écrouler tout entière devant les faits bien observés. On put bientôt montrer (Virchow, Ollier) aux incrédules plusieurs cas de généralisation, et les récidives furent mieux comptées.

Virchow (1850) démontre que le cancroïde labial peut se développer dans l'épaisseur des tissus, indépendamment de verrues préexistantes, tout en reconnaissant cependant sa formation secondaire dans certains cas (1855). Forster (1856) s'efforce de prouver la parenté qui existe entre le cancroïde des lèvres et le cancer ordinaire. Rokitansky, Benett, Paget, admettent que, sous le double point de vue clinique et pathologique, la première de ces deux affections dif-

fère totalement de la seconde, tout en lui refusant cette sorte de bénignité que lui accordent si gratuitement certains auteurs. Enfin Billroth et Bruns (1859), tout en regardant la structure du cancroïde comme différant de celle du véritable cancer, ne sont pas loin d'admettre leur identité parfaite aux autres points de vue.

Tel est l'exposé rapide des idées que les pathologistes se sont faites sur l'affection dont nous nous occupons. Qu'il nous soit permis maintenant de témoigner toute notre reconnaissance aux hommes éminents qui ont bien voulu nous accorder leur concours, afin que ce faible essai fût moins indigne de nos juges : à M. Desgranges, chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu de Lyon, qui a bien voulu mettre à notre disposition ses nombreuses observations, ses dessins, et, ce qui nous était bien plus précieux, les conseils de sa vaste expérience clinique, dont la valeur a d'autant plus de poids qu'elle est appuyée sur de profondes études histologiques; à M. le professeur Barrier, qui m'a fourni de précieux matériaux pour mes relevés statistiques. Je dois encore des remercîments spéciaux à M. le professeur Gosselin, à M. Paul Broca, à M. Charles Robin, au professeur Jung et au Dr Socin, de Bâle; au professeur Vogt, de Berne; au D^r de La Harpe, de Lausanne; aux Drs Benjamin, Warburg et Barth, de Hambourg; Bertin, de Montpellier; Ph. Faure, de Lyon; Berrut, chirurgien en chef à l'hôpital de Marseille; et Rossander, chirurgien à l'hôpital du Séraphin, de Stockholm; enfin à mon ami le Dr Chauvin, qui a étudié d'une manière spéciale l'anatomie pathologique des tumeurs des lèvres.

SIÈGE.

D'après le titre de cet essai, on pourrait croire que nous repoussons le terme de *cancroïde;* c'est ce que nous aurions fait s'il s'était trouvé un mot convenable pour le remplacer. Mais, ce mot n'existant pas, et ayant de la répugnance à faire du néologisme, nous conserverons, pour la facilité du discours, le nom vulgarisé par

M. Lebert, tout en avertissant que, pour nous, il n'a nullement la signification que sa structure grammaticale pourrait faire supposer.

Le cancroïde labial n'est pas une maladie propre seulement à l'espèce humaine; les vétérinaires l'observent souvent chez les animaux domestiques, et le décrivent sous le nom de *chancre malin rongeant des lèvres*. Tous n'y sont pas également sujets, et ce qu'il y a de bien remarquable à cet égard, c'est que ce sont surtout, pour ne pas dire exclusivement, ceux dont l'alimentation se rapproche le plus de celle de l'homme qui en sont atteints : le chat et le chien (Lecoq, directeur de l'École vétérinaire de Lyon). On ne l'a pas vu chez les autres animaux domestiques.

Depuis longtemps les pathologistes ont noté la grande fréquence de ce néoplasme à la lèvre inférieure; pour quelques-uns même, cette dernière aurait le triste privilége d'être seule affectée. Nous verrons plus loin quelles sont les causes auxquelles on peut attribuer ce phénomène, aussi bizarre qu'inexplicable.

Si la lèvre inférieure a une aptitude toute particulière à contracter la maladie, la lèvre supérieure et les commissures sont loin d'en être exemptes, ainsi qu'on peut s'en assurer par le relevé statistique suivant :

	Lèv. inf.	Lèv. sup.	Commissure.	
	—	—	—	
Desault.....	50	1	0	
Lebert.....	20	0	0	
Bouisson.....	43	2	4	
Bruns.....	55	0	0	
Heurtaux.....	12	0	0	
Desgranges ...	169	6	6	1850 — 1860
Barrier.....	63	8	0	1850 — 1855

M. Heurtaux, dans son excellente thèse, signale un fait intéressant : sur 22 cas observés par lui, 13 fois la lésion occupait le côté gauche, 5 fois le côté droit, 4 fois la ligne médiane. Ces chiffres me

paraissent cependant trop faibles pour en tirer une conclusion de quelque valeur. Sur les 252 observations détaillées que nous avons analysées avec soin, nous avons trouvé sur ce point des différences si peu sensibles, qu'évidemment elles ne sont dues qu'au hasard.

La néoplasie de la lèvre supérieure paraît être relativement plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Ainsi, sur 32 cas de cancroïde labial chez la femme, nous en trouvons 9 pour la lèvre supérieure, ce qui donne un rapport 1 : 3 ; tandis que sur 217 cas observés chez l'homme, nous avons 9 cas également pour la lèvre supérieure, ce qui donne pour rapport 1 : 24.

Si nous avons noté ces chiffres, c'est plus pour engager les observateurs à diriger leur attention sur ce point, que pour vouloir formuler une loi générale d'après des faits encore trop peu nombreux.

DÉBUT, SYMPTÔMES.

Le cancroïde débute généralement de deux manières différentes : tantôt il se développe de toutes pièces dans l'épaisseur des tissus, tantôt il est consécutif à une tumeur verruqueuse. Ce qu'il y a de singulier, c'est que, quelle que soit sa forme primitive, on le voit naître très-rarement sur la ligne médiane des lèvres ; là se trouve un raphé fibreux qui résiste longtemps aux envahissements du mal.

A. Virchow et Bruns ont montré combien le premier mode de formation était plus fréquent que le second ; c'est aussi celui que nous avons observé le plus souvent, quand il nous a été donné d'assister à la naissance du néoplasme. Dans ce cas, voici comme les choses se passent :

Ordinairement, sans causes apparentes, on voit se dessiner sur le bord libre de la lèvre un petit point blanchâtre qui croît d'abord assez lentement en étendue. Au bout de quelques semaines ou de quelques mois, le point est devenu une petite plaque de 5 à 6 mil-

limètres de diamètre, dont la couleur contraste fortement avec celle des parties environnantes.

Cette plaque est formée par un épaississement considérable de l'épiderme; elle est légèrement translucide, ressemble assez à une petite lamelle de corne, et ne fait généralement aucune saillie au-dessus des parties environnantes.

Les choses restent stationnaires pendant un temps plus ou moins long; mais bientôt, autour de la lamelle cornée, on aperçoit un étroit liséré rougeâtre, vasculaire, et un léger gonflement soulève les tissus voisins. La lamelle se détache d'un côté, puis, peu à peu, finit par se séparer tout entière des parties subjacentes; sa chute laisse à nu une ulcération dont nous parlerons plus loin.

Quand la plaque épidermique tombe peu de temps après sa formation, quand elle est enlevée de bonne heure par l'ongle du malade, elle laisse une très-petite ulcération, qui quelquefois a pu être prise pour une simple fissure, ce qui a fait dire à beaucoup de pathologistes que le cancroïde succédait souvent à une fissure de la muqueuse labiale. Sans vouloir nier d'une manière absolue ce mode de développement, nous croyons pouvoir affirmer qu'il est très-rare; chaque fois qu'il nous a été possible d'obtenir des renseignements exacts, nous avons pu constater l'existence préalable de cette plaque épidermique, qui dénote à coup sûr une altération primitive des tissus plus profonds.

B. Le second mode de développement, quoique fréquent, l'est cependant moins que le premier. Dans ce cas, le mal débute par une tumeur verruqueuse, formée de quinze à vingt petites papilles hypertrophiées.

Cette verrue présente un volume qui varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un petit pois; elle est assez dure, fortement adhérente par sa base, d'une couleur grisâtre, revêtue d'une couche assez épaisse d'épiderme, et présente à son sommet une série de petites bosselures séparées par des sillons. Quand on coupe la tumeur

suivant sa longueur, on constate que ces petites éminences sont les sommets d'autant de papilles développées anormalement.

La tumeur s'aperçoit ordinairement sur la zone des lèvres où la peau se réunit à la muqueuse. Elle est le siége de vives démangeaisons, et le malade la tourmente d'attouchements perpétuels ; il l'arrache, le rasoir en enlève des morceaux, et bientôt, à la suite de ces excitations constantes, la petite plaie finit par ne plus se cicatriser.

C. De quelque manière qu'ait débuté le néoplasme, l'ulcération une fois formée, on peut dire que la maladie a atteint le second degré de sa marche.

Cette ulcération présente une étendue variable : sa forme est tantôt régulièrement arrondie, tantôt elle est sinueuse et présente des prolongements plus ou moins étendus. Ses bords sont taillés à pic, et offrent des bosselures souvent considérables. Tout autour se voit une zone vasculaire, formée de petits vaisseaux dilatés, zone qui limite les parties malades des parties saines.

Plus profondément, le toucher fait découvrir une base indurée qui, en étendue, dépasse de beaucoup l'ulcération, circonstance importante à noter. Cette ulcération tend à s'accroître dans le sens de la lèvre plutôt que transversalement. M. Heurtaux en donne une explication fort juste, à notre avis : le cancroïde tend à marcher dans la direction des fibres musculaires, parce qu'il trouve dans le tissu cellulaire lâche interposé entre ces fibres un terrain favorable à sa propagation.

Lorsque les glandes hypertrophiées forment la partie fondamentale de la tumeur, l'ulcération a une grande tendance à bourgeonner ; on voit de tous côtés s'élever de véritables champignons, d'une couleur rosée, mollasses, et saignant au moindre attouchement. C'est cette forme qui constitue ces énormes tumeurs qui naissent ordinairement à la lèvre inférieure, et viennent recouvrir le menton tout entier.

Si la néoplasie est essentiellement constituée par la prolifération de l'épithélium des papilles, l'ulcération présente une consistance plus grande; elle a moins de tendance à produire des végétations. Il se forme à sa surface une croûte noirâtre de cellules épithéliales desséchées et déformées: cette croûte adhère fortement aux tissus sous-jacents, et il faut, pour l'enlever, un certain effort qui amène le plus souvent une légère hémorrhagie.

L'ulcération une fois établie, la tumeur laisse écouler un ichor fétide, sanguinolent et fortement albumineux. Le malade ressent alors, dans la partie atteinte, des douleurs lancinantes, qui reviennent par accès irréguliers (Bruns); elles se montrent rarement au début; les malades ne s'en plaignent que lorsque le néoplasme a pris une certaine extension. On constate bien plus souvent des sensations de brûlure, des tiraillements et des picotements.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Si l'on considère l'ulcération primitive comme un caractère pathognomonique du cancroïde, la division de cette affection en trois grandes classes deviendrait impossible : en effet, au point de vue anatomo-pathologique, le cancroïde, dont les éléments sont des cytoblastions ou des glandes, ne débute jamais par une ulcération; l'épithélioma seul présenterait ce caractère; nous verrons de même que l'ulcération, dans ce dernier, pourrait être considérée comme un phénomène non primordial. Dès lors, quelle que soit la manière dont débute la lésion, le cancroïde peut se diviser en trois grandes classes :

1° Cancroïde à éléments épithéliaux,
2° Cancroïde à éléments glandulaires,
3° Cancroïde à éléments cytoblastions (1)

---

(1) A la rigueur, certaines tumeurs fibro-plastiques, qui ont pour point de

A. *Cancroïde à éléments épithéliaux.*

La symptomatologie nous a fait voir la disposition de la surface du cancroïde, soit pour l'ulcération et les croûtes qui la recouvrent, soit pour la manière dont la peau vient se terminer sur le pourtour de la surface ulcérée.

L'altération profonde occupe une étendue qui dépasse peu les limites de l'induration; elle comprend deux parties différentes: 1° la couche épithéliale, dont l'épaisseur et l'étendue sont variables; 2° les parties environnantes (peau, glandes, muscles, tissu osseux), qui offrent des lésions différentes, suivant chacune d'elles, et suivant la distance qui les sépare de l'épithélium altéré.

1° Quand on examine la surface de section d'un cancroïde que l'on vient d'enlever, il serait très-difficile de pouvoir dire, d'une manière certaine, sans le secours du microscope, dans quelle classe on doit le ranger. En effet les tissus sont tellement gonflés de suc, la vascularisation est en général si prononcée, que la texture est à peine visible. Le cancroïde glandulaire a, la plupart du temps, une forme si spéciale, qu'il serait toujours facile de le distinguer; mais la difficulté devient plus grande pour le cancroïde à cytoblastions. Eh bien! abandonnons le tissu malade à lui-même pendant douze à vingt-quatre heures, et nous verrons les formes particulières se dessiner nettement.

---

départ le tissu conjonctif des lèvres, pourraient être prises pour des cancroïdes lorsque l'origine n'est pas trop éloignée de la peau, et que l'ulcération se manifeste rapidement; mais il vaut mieux faire pour la lèvre ce que l'on fait pour les tissus morbides en général, et mettre ce genre de tumeur dans une classe tout a fait à part. Ce n'est pas qu'on ne puisse trouver, au milieu des éléments prédominants d'une tumeur, d'autres éléments appartenant au tissu conjonctif; l'hypergénèse ne porte jamais sur un seul tissu à la fois : ce qu'il importe de distingner, c'est celui qui surtout est la cause de la lésion.

L'épithélium se groupe sous une forme particulière, à laquelle on a donné le nom de *papillaire ;* c'est une série de cônes, de tubes, de cylindres juxtaposés. Le tube touche le tube ; ils se pressent les uns contre les autres, en quantités plus ou moins considérables, suivant l'étendue de la lésion ; ces cylindres, ou plutôt ces papilles, ne sont nullement les papilles de la peau ; si c'étaient ces dernières, il faudrait que ces papilles fussent renversées ! (1) C'est en général au centre du cancroïde que ces tubes papilliformes présentent le plus de longueur, parfois ils peuvent mesurer jusqu'à 1 ou 2 centimètres d'étendue ; leur largeur est variable, de même que leur longueur ; ordinairement elle ne dépasse guère 2 ou 3 millimètres ; la base est tournée du côté de l'ulcération ; leur sommet plonge dans la couche intermédiaire à la lésion et au tissu sain ; sa plus grande longueur se remarque habituellement au centre du cancroïde, et va en diminuant jusqu'à la périphérie, où elle présente toujours au moins 3 ou 4 millimètres. Quant à la largeur, elle est presque invariablement la même soit au centre, soit à la circonférence.

Toutes ces papilles, quoique juxtaposées, ne sont pas toujours parallèles entre elles ; elles s'entre-croisent souvent, de sorte qu'il y en a dans la même tumeur de verticales, d'horizontales, d'obliques ; mais leur sommet se dirige invariablement du côté des tissus sains.

---

(1) Ces papilles pathologiques sont essentiellement formées par l'hypergénèse de l'épithélium qui entoure les papilles normales. Ces cellules épithéliales, par leur prolifération exagérée, forment peu à peu, en s'unissant entre elles, des cônes dont la base est tournée vers l'ulcération, le sommet vers la profondeur des tissus. Ces cônes ou ces papilles pathologiques augmentent sans cesse en longueur et en largeur, et finissent par *étouffer,* en quelque sorte, les papilles normales. Après un certain temps, celles-ci ne sont plus constituées que par les vaisseaux, les filets nerveux, et quelques linéaments de fibres conjonctives ; plus tard elles peuvent disparaître entièrement par suite des progrès de la maladie. Nous avons dessiné, pl. I, fig. 8, un beau type de cette atrophie papillaire, suite de la formation de cônes épithéliaux pathologiques.

Cependant on pourrait leur trouver une sorte de régularité dans leur direction générale : elles se dirigent toujours dont le même sens que les espaces du corps muqueux interpapillaire, qui a été primitivement atteint, que ce soit la peau, que ce soit une muqueuse sur laquelle ait débuté l'ulcération.

Entre elles, que trouvons-nous? Des vaisseaux, des capillaires qui s'insinuent, qui se subdivisent, viennent ramper en général à la périphérie des cylindres, et pénètrent quelquefois jusque dans leur intérieur. Une trame conjonctive d'un tissu dont l'évolution est plus ou moins complète accompagne la plupart du temps les capillaires, et leur compose une sorte de squelette.

D'autres fois, au milieu d'espaces papilliformes, on rencontre des amas d'une substance jaunâtre plus ou moins cohérente, graisseuse, qui souvent reconnaît comme origine la dégénérescence d'éléments ou de tissus circonscrits par l'altération ; ils se rapprochent par leur nature de la zone intermédiaire dont nous nous occuperons plus loin.

D'autres fois encore, mais ceci est plus rare, à la place d'amas graisseux, il peut s'accumuler des amas de pigments.

La matière qui constitue ces papilles a une cohésion assez marquée; elle varie de consistance et d'aspect, suivant le moment où l'on examine la tumeur.

Aussitôt après son ablation, la cohésion est très-grande; on n'écrase pas facilement cette matière, qui, douze ou vingt-quatre heures après, se réduira facilement en pulpe, et donnera au toucher une sensation onctueuse et même suifeuse. La couleur, qui est d'un gris rosé, deviendra nettement blanchâtre.

Enfin, nous le répétons, la disposition papilliforme se prononcera pendant une certaine période, de plus en plus à mesure que les sucs s'évaporent ou seront absorbés par un reste de vitalité des éléments.

Tout autour, les tissus ne sont pas dans une intégrité absolue :

la peau, la muqueuse, le tissu conjonctif, tout est frappé dans une certaine étendue.

Peau. Si l'on sectionne la tumeur perpendiculairement au plan qui forme l'ulcération, une chose tout d'abord frappe le regard, c'est l'amincissement considérable de la peau qui entoure cette ulcération, amincissement poussé à un tel point que le tégument n'est formé à ce niveau que par la couche épidermique seule, tout le reste ayant été détruit par la maladie.

Sous cette zone épidermique et plus en dehors, on voit le derme formant une seconde zone située en retrait de la première, et terminée par un rebord coupé en biseau du côté de la tumeur. Plus en dehors encore, mais dans une étendue très-limitée, sur le pourtour de l'ulcération, le derme est fortement épaissi, et ce n'est qu'à mesure qu'on s'éloigne du centre de la lésion, qu'on le voit peu à peu reprendre son épaisseur normale.

L'épiderme qui forme, ainsi que nous venons de le voir, la zone la plus rapprochée de la partie malade, est loin d'avoir conservé lui-même les caractères qu'il présente à l'état normal. Il est considérablement aminci et offre aux regards une teinte jaune pâle, presque blanchâtre, telle que celle qu'il présenterait s'il avait longtemps macéré dans un liquide; de plus, il a perdu ses adhérences avec les parties sous-jacentes, et un faible tiraillement suffit pour le détacher dans une certaine étendue.

Le derme lui-même, au voisinage de la tumeur, a changé d'aspect; il offre le plus souvent une apparence fibroïde, quelquefois il présente une surface de section tout à fait vitriforme, ainsi que cela se voit ordinairement dans les cancers du sein. Si l'on étudie d'une manière plus intime les parties dont se compose le derme ainsi altéré, on voit que les glandules annexées aux bulbes pilifères offrent des culs-de-sac notablement hypertrophiés. Ces culs-de-sac et les bulbes eux-mêmes sont distendus par une matière blanchâtre, demi-solide, caséeuse, qui se rapproche de l'épithélium. Plus loin, la peau

reprend son aspect normal, tout en conservant une vascularisation beaucoup plus marquée que dans les parties complétement saines.

Muqueuse. La muqueuse labiale, qui, dans un très-grand nombre de cas, sert de base à la lésion, présente les mêmes altérations que la peau. Ici seulement, au lieu de trouver l'hypertrophie des bulbes pilifères et des glandes qui y sont annexées, nous trouverons l'hypertrophie des glandes de la muqueuse.

Au-dessus du cancroïde, entre la peau et la muqueuse, on voit une zone particulière importante : elle présente un aspect jaunâtre, une consistance comme graisseuse et très-granuleuse. Ces caractères se perdent à mesure qu'on approche des tissus sains. C'est dans cette zone sillonnée de vaisseaux très-nombreux que viennent plonger les sommets des papilles, et nous pensons que c'est à ce niveau que va se passer la destruction des parties normales, qui peu à peu seront remplacées par la trame pathologique. A la lèvre, deux tissus surtout, le tissu conjonctif et le tissu musculaire, forment cette couche jaunâtre.

Tissu conjonctif. Le tissu conjonctif paraît aussi être animé d'une activité nutritive plus considérable qu'à l'état normal, et forme souvent la plus grande partie de la tumeur.

Y a-t-il alors seulement hyperplasie, ou formation nouvelle d'éléments conjonctifs? On pourrait admettre l'augmentation dans l'activité nutritive : 1° à cause de la grande quantité de fibres élastiques qu'on trouve dans ces tumeurs; 2° parce que la fibre élastique peut être considérée comme un type plus parfait que la fibre conjonctive simple. Quoi qu'il en soit, cette hypothèse peut être contestée, parce que la fibre élastique est la forme du tissu conjonctif qui résiste le mieux soit aux réactifs, soit aux influences morbides, et alors cette prétendue hyperplasie ne pourrait être qu'apparente.

Le tissu conjonctif résiste toujours beaucoup mieux que les autres tissus : 1° à cause de sa nature (la pathologie est là pour le prouver);

2° parce qu'il accompagne toujours les vaisseaux, qui, eux, ne se détruisent pas, et qu'il leur sert en quelque sorte de squelette, ce que l'on peut facilement constater, puisque l'on trouve souvent entre les papilles pathologiques une trame conjonctive qui accompagne les vaisseaux.

Tissu musculaire. De tous les tissus voisins de la tumeur, le tissu musculaire paraît le plus facilement altérable. Deux causes peuvent, selon nous, produire ces altérations : le repos et la suractivité formatrice, qui elle-même est le résultat de la lésion voisine.

1° Le repos des fibres musculaires au voisinage de la tumeur est la cause de leur altération graisseuse consécutive, aussi bien aux lèvres qu'à toute autre partie du corps. Quand on examine ces fibres au microscope, on voit des granulations graisseuses réfractant fortement la lumière, et situées soit dans l'intérieur même des fibres musculaires primitives (et c'est la forme la plus fréquente) (Virchow, *Pathologie cellulaire*, p. 66), soit entre ces fibres. A mesure qu'on les examine à un point plus rapproché de la lésion, le nombre de ces globules graisseux augmente considérablement, et quelquefois les fibres ont entièrement disparu, pour être remplacées par ces granulations disposées en séries linéaires (M. Virchow en a figuré un bel exemple dans sa *Pathologie cellulaire,* p. 189).

2° Nous avons dit que la seconde altération spéciale des fibres musculaires était probablement liée à la suractivité formatrice, résultant elle-même de la lésion voisine; cependant, si cette vitalité exagérée n'est pas assez puissante pour donner lieu à une formation nouvelle de fibres musculaires striées (impuissance qui est due peut-être à la nature complexe du tissu), elle porte son activité tout entière sur ce qui reste de l'élément celluleux dans la fibre musculaire, c'est-à-dire sur le noyau du sarcolemme. Il y a déjà plusieurs années, M. Kolliker les avait observés dans un cas de cancer du grand pectoral, mais il ne se prononça pas sur leur nature et leur provenance (*Hist. hum.*, p. 222). M. Heurtaux, dans son excellente thèse, a

étudié avec soin cette altération des fibres musculaires dans les cancroïdes des lèvres ; il arrive à cette conclusion, qu'il y a là *hétérotopie*, c'est-à-dire que ces noyaux ne sont autre chose que des noyaux d'épithélium infiltrés entre les fibres. Cette opinion n'est évidemment pas admissible ; si M. Heurtaux avait suivi attentivement les fibres musculaires depuis les parties saines jusqu'aux parties les plus altérées, il aurait vu que ces prétendus noyaux d'épithélium ne sont que les noyaux du sarcolemme *augmentés en nombre*. En d'autres termes, il n'y a là qu'hypergénèse d'éléments normaux. Si ces noyaux des fibres altérées diffèrent un peu de ceux des fibres musculaires saines, ce n'est que par des contours mieux marqués et par une tendance très-grande à la prolifération (voir planche I). Les derniers travaux de M. Virchow confirment du reste entièrement cette manière de voir.

A mesure que les noyaux du sarcolemme se multiplient, les stries longitudinales des faisceaux musculaires disparaissent peu à peu ; au bout d'un certain temps, les stries transversales même des fibres primitives ne peuvent plus s'apercevoir. Des granulations simples et des granulations graisseuses se forment à l'intérieur du sarcolemme, qui lui-même ne tarde pas à se résorber complétement : les noyaux alors sont mis en liberté.

L'altération une fois arrivée à ce point, deux phénomènes peuvent se présenter : 1° ces noyaux disparaissent complétement ou bien restent perdus au milieu de l'altération qui a progressé ; 2° ces noyaux peuvent à leur tour subir l'incitation morbide, deviennent le centre de formations de cellules particulières qui peuvent se multiplier comme les autres cellules, et qui, lorsque la maladie suit une marche envahissante, viennent s'ajouter aux autres éléments déjà existants de la tumeur.

B. *Cancroïde à éléments glandulaires.*

Aux lèvres, l'hyperplasie glandulaire est une lésion assez fré-

quente; elle peut être consécutive, elle peut être primitive. Celle qui est consécutive, et que l'on trouve tout autour des lésions cancéreuses, présente différents caractères qu'il est bon de connaître.

Au moment où un cancroïde se développe, quand il est dans sa première période d'accroissement, les tissus environnants ne sont pas dévorés, pour ainsi dire, dès qu'il apparaît au milieu d'eux. Dans le plus grand nombre des cas, tout autour de la lésion principale, il se fait un travail particulier; au moment de l'altération, il se passe un mouvement hyperplasique. Mais cette activité nutritive est d'une nature complexe; elle n'entraîne pas seulement cet accroissement et cette augmentation en nombre qui se fait d'une manière continue, elle présente des manières d'être spéciales, qui constituent la lésion elle-même.

Tout autour et à une certaine distance, on voit un mouvement toujours hyperplasique, mais d'une nature différente, en ce sens que cette hyperplasie suit son évolution normale et qu'elle tend à se rapprocher de l'hypertrophie pure.

Deux cas peuvent se présenter dans l'hyperplasie consécutive : ou bien elle se forme au voisinage de la partie malade, ou bien elle se produit dans l'organe lui-même. Exemple : un cancroïde papillaire se développe sur la lèvre inférieure; au voisinage des papilles pathologiques, et dans une étendue variable, on trouve une hyperplasie qui porte en partie sur les glandules. En arrière, dans la muqueuse, nous trouvons des nodosités dans une étendue variable, nodosités qui ressemblent à des grains de millet, à des grains de blé, et qui jouissent elles-mêmes d'une certaine sensibilité. Si nous faisons des incisions à leur niveau, nous voyons qu'elles forment de petits amas lobulés, entourés d'une membrane fibreuse d'un gris rosé et fortement granuleuse à l'intérieur (acini). Elles laissent voir souvent à l'œil nu, et d'une manière fort nette, un conduit excréteur. Au microscope, c'est la même texture que celle de l'hyperplasie primitive, dont nous parlerons plus loin.

Mais bientôt la lésion va s'étendre jusqu'à elles, et alors elles vont

subir de profondes métamorphoses. Nous sommes à côté d'un territoire pathologique où l'activité formatrice est à son degré le plus élevé; tant que ces glandules ont été à une certaine distance, elles ont profité du mouvement des matériaux charriés par de nombreux capillaires, elles se sont accrues, et rien ne gênait leur développement. Mais l'espace leur est bientôt disputé par la marche envahissante de la maladie. Les papilles se rapprochent, les compriment, et nous savons quelle est l'influence de la compression sur les hypertrophies, surtout quand à côté se trouvent des tissus qui demandent non-seulement aux vaisseaux, mais encore aux territoires voisins, les éléments nécessaires à leur développement. Celles-là s'atrophient et disparaissent. D'autres fois c'est avant que la lésion soit arrivée sur les limites de leur territoire que ces glandes subissent des changements. Nous venons de voir qu'elles ont été atteintes d'une simple hyperplasie, les parties qui les constituaient étant restées dans leurs rapports normaux et leur développement ayant suivi sa phase naturelle. Ces glandes se sont accrues d'abord, mais bientôt elles ont subi l'influence de l'état général, on pourrait presque dire de la contagion; leur coloration gris rosé va faire place à un aspect grisâtre vitriforme. Les granulations de la partie moyenne, les acini, tenderont à se fusionner, et ne sont plus visibles que sur les bords; leurs éléments subiront les effets de la dégénérescence et présenteront l'aspect et le volume qu'on trouve dans ces mêmes glandes devenues cancéreuses. Elles se développeront en envahissant les tissus, et finiront par se perdre au milieu de l'altération papilliforme.

En avant, nous assistons à d'autres modifications des glandes. La nature glandulaire n'est plus la même à ce niveau; là on trouve des glandes sudoripares. Nous n'avons jamais pu suivre la marche de l'altération épithéliale qu'elles subissent, mais nous sommes porté à croire qu'elles disparaissent, sans présenter de lésion préalable et sans laisser de traces.

On trouve encore à ce niveau des glandes sébacées et des follicules pileux.

Si l'on part des parties saines pour se rapprocher du cancroïde, les modifications deviennent de plus en plus évidentes. Chez l'homme, où les bulbes pilifères sont très-abondants, cette étude est facile, surtout quand les sujets sont bruns; alors ces observations peuvent se faire même à l'œil nu. On les voit peu à peu augmenter de volume; le bulbe, dont les contours sont à peine visibles autour de la naissance du poil, qu'on distingue à travers ses parois, devient bientôt d'un aspect blanchâtre. Mais, à mesure que l'altération progresse, la ligne noire du poil s'efface, et le follicule représente un cylindre dont l'extrémité arrondie plonge au milieu des parties sous-jacentes. De son ouverture s'échappe le poil, qui, au bout d'un certain temps, ne tient plus que par la pression qu'exerce sur lui la matière contenue dans le bulbe; il se laisse alors arracher avec la plus grande facilité. Qu'est cette matière blanchâtre qui distend les follicules et les glandes sébacées? C'est de la matière épithéliale; cette hypergénèse ne s'arrête pas, une fois qu'elle a commencé; elle augmente, et bientôt la quantité d'épithélium est telle que la membrane d'enveloppe se résorbe et disparaît (Robin). Cette matière épithéliale éparse vient alors se mêler à l'épithélium du cancroïde.

Cette hypergénèse consécutive est-elle simplement hyperplastique d'abord, se change-elle ensuite en hétéroplasie? Nous l'ignorons. Le plus souvent, nous avons trouvé à l'épithélium qui en est le produit des caractères anatomiques tout à fait analogues à ceux de l'épithélium du cancroïde voisin. M. Ch. Robin va même plus loin; il admet que beaucoup de cancroïdes de la face, du cuir chevelu, etc., commencent par l'hypertrophie des glandes sébacées avec hypergénèse épithéliale, résorption de la paroi glandulaire, et infiltration de cellules dans les tissus avoisinants. Il range dans la même catégorie certains cas d'hypertrophie des glandes du col utérin.

C. *Cancroïde à éléments cytoblastions.*

Ainsi que nous l'avons déjà dit, le cancroïde à cytoblastions, par sa structure anatomique, diffère notablement des autres variétés qui peuvent affecter les lèvres.

Les tumeurs de cette nature sont rarement primitives, sauf celles qui atteignent la lèvre supérieure (1). Quand on les trouve à la lèvre inférieure, elles sont presque toujours le résultat d'une récidive survenant après l'ablation d'un cancroïde ordinaire. Au début, qui souvent peut être voilé en partie par des cicatrices dues à une première opération, on trouve une petite tumeur avec une induration circulaire; le derme se désorganise dans toute son épaisseur, et l'épiderme, décollé peu à peu des parties sous-jacentes, finit par tomber, et laisse après sa chute une ulcération plus ou moins large.

Quand la tumeur se développe sur une place occupée primitivement par un cancroïde, quand, en d'autres termes, elle constitue une récidive, on remarque souvent une induration occupant un espace considérable, tandis que l'ulcération peut être très-petite ou même faire totalement défaut. Cette ulcération, qui souvent ne se montre que très-tardivement, offre, quand elle existe, une coloration rougeâtre très-marquée; elle est fongueuse à sa surface. Quoique ces fongosités présentent une consistance assez grande et résistent aux frottements, elles saignent néanmoins avec facilité; une sécrétion liquide et puriforme assez abondante s'écoule de la plaie, dont aucune croûte ne recouvre la surface.

Si avec l'ongle on racle la tumeur, on n'obtient pas ces détritus et ces débris épithéliaux qu'on retrouve toujours dans les autres variétés.

---

(1) Ceci est une circonstance bien singulière à noter: tous les cancroïdes de la lèvre supérieure que nous avons pu examiner étaient des cancroïdes à cytoblastions.

La peau et la muqueuse qui environnent la tumeur se comportent comme dans les cas précédents ; le plus souvent on trouve tout autour une induration très-étendue faisant corps avec le derme.

Le retentissement général est très-variable : quelquefois l'engorgement ganglionnaire se fait avec une grande rapidité, d'autres fois au contraire il est très-long à se manifester, et peut même dans certains cas faire totalement défaut.

Les tissus intermédiaires forment, comme dans les autres variétés, une zone jaunâtre, sur laquelle nous ne reviendrons pas.

La peau ou un tissu cicatriciel sont ordinairement le point de départ de la tumeur, rarement on la voit se développer d'emblée sur la muqueuse labiale. Dans une certaine étendue, la peau présente les caractères dont nous avons déjà parlé, l'épiderme seul reste plus ou moins intact et vient former le rebord aminci de l'ulcération.

Lorsque la muqueuse a été le point de départ de la lésion, elle présente absolument les mêmes caractères pathologiques que la peau; quand la muqueuse est envahie secondairement, elle subit la même altération que lorsquelle est atteinte par un cancroïde ordinaire.

Si l'on pratique au néoplasme une section verticale, on trouve un aspect rougeâtre assez uniformément répandu; cette coloration ne change pas quand on abandonne la tumeur à elle-même. Une forte trame conjonctive en forme la charpente ; nous ne trouverons ici ni cylindres, ni papilles, ni aspect lobulé, mais un état granuleux caractéristique, analogue à celui des tissus formés par les myéloplaxes, sauf la coloration vineuse, qu'elle n'offre pas ainsi que ces derniers.

Ces granulations agglomérées, qui constituent la masse du néoplasme, présentent un diamètre qui varie de 1 demi-millimètre à 1 millimètre; elles n'ont pas des limites parfaitement déterminées comme celles qui sont dues à des culs-de-sac glandulaires, elles se laissent facilement arracher, et entraînent toujours avec elles des lambeaux de la trame conjonctive.

La coloration de la néoplasie se perd insensiblement dans la zone jaunâtre intermédiaire, au niveau de laquelle les granulations se fusionnent entre elles.

La vascularisation est éparse dans la trame, et, suivant les cas, présente un réseau plus ou moins serré. Ce caractère est important à étudier; car, pour les cancroïdes des lèvres, comme pour beaucoup d'autres tumeurs, on peut dire que la vascularisation est en quelque sorte le critérium de leur malignité; plus la vascularisation est grande, plus la néoplasie aura de tendances à l'envahissement et à la récidive. Le suc est toujours en rapport avec la vascularisation : si celle-ci est peu marquée, on aura peu de suc; si les vaisseaux sont nombreux, la pression fera sourdre un suc abondant, regardé jusqu'à ces derniers temps comme un des signes caractéristiques des tumeurs de mauvaise nature.

La trame conjonctive est plus ou moins dense; elle est quelquefois très-peu serrée, d'autres fois elle l'est au contraire beaucoup, et dans ce dernier cas la tumeur offre une tendance moins grande à l'envahissement et aux récidives (1).

Le microscope laisse apercevoir dans cette tumeur un élément particulier, le cytoblastion. Dans le *Dictionnaire de Nysten,* M. Ch. Robin a défini ce qu'on doit entendre par ce mot, et nous ne sau-

---

(1) A propos des cancroïdes de la lèvre supérieure, notre excellent maître, M. Charles Robin, nous communique la note suivante :

«Structure de la base de plusieurs ulcérations superficielles du bord de la lèvre enlevées sous le nom de cancroïde, de tumeur papillaire du bord de la lèvre supérieure.

«Sur quelques-unes, l'ulcération offre, à un examen attentif, une surface chargée de très-petites saillies papillaires; elles sont rougeâtres et bien plus petites que celle des tumeurs épithéliales. Un engorgement induré, ayant parfois l'épaisseur du petit doigt et une longueur de 3 centimètres, sert de base à ces ulcérations. La base de l'ulcère et l'engorgement sont composés: 1° à la surface même, par de rares cellules épithéliales pâles, grandes, finement granuleuses, avec ou sans noyeau; quelques-unes présentent des excavations remplies d'un liquide clair ou de granulations; 2° par des globules de pus, dont

rions mieux faire que de rapporter ici les paroles du maître : « Espèce d'éléments anatomiques offrant deux variétés coexistantes, caractérisées, l'une, par sa forme de noyaux libres, sphériques, rarement un peu ovoïdes ($0^m,005$ à $0^m,006$, rarement plus; quelquefois $0^m,004$), à fines granulations de teinte obscure à l'intérieur, mais sans nucléole proprement dit; l'autre variété, toujours bien moins abondante, offre la forme de cellule sphérique, nullement ou peu granuleuse, entourant de près un noyau semblable aux noyaux libres. » Ces éléments particuliers jouent un rôle qui n'est pas encore très-connu ; ils siégent à peu près exclusivement dans la peau et les muqueuses, où ils forment des tumeurs très-diverses par leur nature et leur état clinique ; on les trouve en outre surtout dans les tumeurs des paupières, les tumeurs fibreuses de la peau, les névromes sous-cutanés, etc.

Ces éléments contiennent dans leur intérieur des granulations azotées, mais on n'y voit jamais de granulations graisseuses réfringentes; bien loin de pâlir, comme d'autres éléments, quand on les traite par l'acide acétique, leurs parois s'obscurcissent au contraire et prennent une coloration bien plus foncée.

Dans les cancroïdes des lèvres, les cytoblastions peuvent présenter deux états différents : 1° ou bien ils sont libres, 2° ou bien

---

on retrouve un certain nombre non-seulement à la surface, mais dans l'épaisseur du tissu sous-jacent. Ce tissu induré est composé principalement; 1° de cytoblastions, dont la quantité va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne de la surface ulcérée; 2° de matière amorphe finement granuleuse, d'autant plus molle qu'on approche davantage des tissus sains; elle est interposée tant aux cytoblastions qu'aux éléments du tissu cellulaire et musculaire de la lèvre; 3° de quelques rares noyaux embryo-plastiques (fibro-plastiques), dont quelques-uns ont un nucléole assez gros; 4° de corps fusiformes fibro-plastiques peu nombreux. Ce ne sont pas là des tumeurs épithéliales ; ce sont manifestement ou des chancres méconnus, ou plutôt des ulcérations syphilitiques secondaires, analogues, à la lèvre supérieure, à celles qui existent souvent sur la muqueuse des joues, des côtés de la langue et de l'arrière-gorge, dans les cas d'affection syphilitique. »

ils jouent le rôle de noyaux. Dans ce dernier cas, le microscope fait voir des cellules de forme variable, à contours granulo-graisseux, très-graisseux à la fin de l'évolution de la cellule, qui contiennent ordinairement de 1 à 4 noyaux.

Ces éléments sont agglomérés à l'aide d'une substance granuleuse amorphe, et le tout est supporté par une trame conjonctive contenant le plus souvent un grand nombre de fibres élastiques. Cette trame est, suivant les cas, plus ou moins serrée, elle est lâche dans les tumeurs malignes, et paraît beaucoup plus dense dans celles qui ont une moins grande tendance à la récidive.

Quand on examine les tissus qui avoisinent un cancroïde à cytoblastions, on les trouve plus ou moins envahis par ces éléments, qui sont entrés en prolifération.

Cette propagation a lieu par *nucléation* pour les tumeurs à cytoblastions simples, par *nucléation* et *cellulation* ensuite dans les tumeurs avec cytoblastions à cellules.

Le suc de ces tumeurs est formé de granulations, de différents débris de la trame, et surtout de cystoblastions et de cellules nageant dans un liquide plus ou moins épais, suivant l'état plus ou moins avancé de l'altération.

MARCHE, TERMINAISON, DURÉE.

A. Nous avons vu, dans le chapitre qui précède, quel était aux lèvres le mode de formation du cancroïde ; une fois l'ulcération établie, on peut dire qu'elle ne s'arrêtera plus. Cependant cette loi souffre quelques exceptions très-rares; ainsi MM. Lebert, Richet et Heurtaux, ont vu des cancroïdes des différentes parties du corps tomber d'eux-mêmes par suite d'un travail pathologique spontané. Une seule fois nous avons rencontré un fait de ce genre, pour le cancer de la lèvre inférieure; la tumeur fut éliminée par une sorte de gangrène circonscrite; on put voir même, pendant quelques jours, que la plaie montrait une tendance à la cicatrisation ; mais le

chirurgien du service, ne croyant pouvoir se fier aux efforts de la nature, enleva la plaie avec le bistouri et opéra la réunion.

Quoi qu'il en soit, ces faits sont tellement rares, qu'ils ne peuvent être signalés que comme un phénomène curieux, et fussent-ils même beaucoup plus fréquents, ils n'assurent pas le malade contre la récidive et l'infection ganglionnaire, ainsi que le prouve un cas rapporté par M. Robert à la Société de chirurgie (Heurtaux, thèse).

B. L'envahissement des tissus sains par la néoplasie peut se faire plus ou moins rapidement, suivant que telle ou telle circonstance extérieure viendra en favoriser la marche ou en retarder les progrès.

A la lèvre supérieure, le cancroïde est généralement plus lent à se développer, il bourgeonne moins, il met souvent des années à atteindre des dimensions que celui de la lèvre inférieure présente au bout de quelques mois. Cette circonstance est-elle due à une structure anatomique différente ou à ce que le mal y est moins exposé aux influences excitatrices?

La lèvre inférieure au contraire fait une saillie considérable, elle étale aux agents extérieurs une large muqueuse, et la tumeur y est sans cesse soumise au contact des corps irritants; aussi la voit-on marcher avec une grande rapidité. Peu à peu une étendue considérable de la lèvre est détruite, l'ulcération gagne en bas la peau du menton, et en dedans elle attaque la muqueuse labiale, les gencives, et bientôt l'os maxillaire, en suivant le trajet des nerfs et des vaisseaux.

Ce vaste hiatus présente alors un aspect des plus repoussants; mais l'affaiblissement causé par la perte de la salive, par des hémorrhagies légères il est vrai, mais sans cesse répétées, par une suppuration fétide et très-abondante, amène enfin la mort, qui vient mettre un terme aux cruelles souffrances du malade.

C. A l'époque où la plupart des chirurgiens regardaient le cancroïde comme une affection bénigne, et quand ils s'efforçaient de trouver des différences radicales entre le cancer et le cancroïde, on regardait l'infection ganglionnaire comme une *exception infiniment rare,* tant il est vrai que certaines idées préconçues peuvent troubler les plus habiles observateurs. Cependant il fallut bien se rendre à l'évidence, et aujourd'hui on n'a qu'à regarder pour voir dans quelle erreur grossière on était tombé.

Après une durée fort variable, on voit se produire l'engorgement des ganglions dans lesquels se rendent les vaisseaux lymphatiques de la partie malade. Ceux qui se trouvent derrière l'angle de la mâchoire se prennent les premiers; quelquefois très-profondément situés, on ne les découvre qu'avec peine. Si le mal suit sa marche progressive, on voit bientôt des *chapelets* se former sur les parties latérales du cou, et presque dans le creux sus-claviculaire.

Cette complication se présente très-fréquemment pour le cancroïde des lèvres, et même je ne suis pas éloigné de croire que, si l'on pouvait suivre les malades jusqu'à leur mort, on verrait qu'elle existe dans la grande majorité des cas. Bruns affirme que l'envahissement secondaire des ganglions lymphatiques arrive aussi souvent pour le cancer épithélial des lèvres que pour le cancer ordinaire, et bien des fois, dit-il, dans les cas de cancroïdes labiaux, ce qu'on appelle *récidive* n'est que la continuation de la maladie dans les ganglions, dont l'altération avait d'abord passé inaperçue. Les chiffres tendent fort à prouver cette asssertion; ainsi, sur 12 cancroïdes de la lèvre inférieure, M. Heurtaux en a trouvé 6 qui étaient compliqués d'engorgements ganglionnaires; et sur les 181 cas opérés à l'hôtel-Dieu de Lyon, par M. Desgranges, cette complication s'est présentée 97 fois.

Les ganglions engorgés sont d'abord durs, et ne présentent pas un volume plus considérable que celui qu'ils offrent à l'état sain; puis, la plupart du temps, sans causes appréciables, ils deviennent

volumineux, douloureux, se ramollissent à l'intérieur sans signes bien marqués d'inflammation, et présentent une fluctuation qui peut les faire ressembler à de véritables abcès froids. La peau s'amincit, s'ulcère, et la tumeur se vide. Il se forme un trajet fistuleux, qui s'agrandit peu à peu, et bientôt le ganglion est remplacé par une excavation ulcérative qui suit une marche envahissante, et qui présente elle-même tous les caractères du cancroïde.

Par quel mécanisme s'opère l'infection des ganglions? Cette question est loin d'être résolue, et c'est là le point le plus obscur, on peut le dire, de la pathologie des néoplasmes de nature maligne.

Il y a quelques années, M. Lebert disait que les lymphatiques charrient dans les ganglions un blastème liquide, qui a la propriété de faire naître dans ceux-ci des cellules épithéliales. Aujourd'hui cette hypothèse n'est plus possible depuis les travaux célèbres de Virchow, qui a prouvé que jamais blastème ne pouvait s'organiser, et que toujours, dans la genèse des néoplasmes, on pouvait reconnaître la justesse de cette loi : *omnis cellula e cellula.*

Il ne reste donc plus que deux théories pour expliquer ce phénomène :

1° Par la résorption des cellules altérées.

Quoique les travaux de M. Follin aient parfaitement prouvé que les vaisseaux lymphatiques sont capables de charrier des cellules, il me semble qu'on peut difficilement admettre les résorptions des éléments celluleux en nature, car, ainsi que le dit Virchow, il est impossible, dans ce cas, que la maladie dépasse le ganglion lymphatique avant qu'il soit entièrement devenu cancéreux (1).

---

(1) Nous avons vu cependant tout dernièrement un cas tendant à prouver le transport d'éléments par les vaisseaux lymphatiques. Voici cette observation : Au n° 9 de la salle Sainte-Marthe, à l'hôtel-Dieu de Lyon, Benoite B....., âgée de 37 ans, tisseuse; opérée, il y a six mois, d'un cancer mélanique de l'œil; sort de l'hôtel-Dieu, la plaie étant cicatrisée. Quinze jours après, un engorgement ganglionnaire survient au niveau de la partie inférieure de l'espace parotidien.

2° Par la résorption d'un suc porteur d'un virus capable d'altérer d'une certaine manière la vitalité des cellules des glandes lymphatiques. Cette théorie, confirmée par certains phénomènes analogues (contagium volatil varioleux) qui se passent dans d'autres circonstances, me semble la plus admissible; cependant nous ne pouvons nous dissimuler combien la science a besoin d'être fixée à cet égard par des expériences décisives.

D. A la suite du cancroïde labial, on voit se former la dégénérescence non-seulement des ganglions lymphatiques, mais encore on trouve quelquefois des formations épithéliales dans différents organes plus ou moins éloignés. En un mot, aussi bien pour le cancroïde des lèvres que pour le cancer de toute autre partie du corps, la généralisation du néoplasme peut avoir lieu; les observations publiées par MM. Virchow, Ollier et Bruns, ne laissent aucun doute à cet égard.

L'explication de ce phénomène est difficile; aussi le célèbre professeur d'anatomie pathologique de Berlin a-t-il soin de dire : « Je dois vous avouer que je ne possède pas des faits assez probants pour résoudre cette question, et que je ne puis pas rejeter l'idée de généralisation du mal par des cellules provenant des tumeurs, et transportées au loin par le sang. Cependant il y a des faits nombreux qui semblent s'élever contre l'infection au moyen des cellules détachées..... Il semble que les sucs absorbés causent la généralisation du mal. »

Cette question est encore aujourd'hui fort obscure, et on ne peut

---

Douleurs lancinantes (il n'y avait pas de traces de ganglions engorgés au moment de la première opération); le ganglion a grossi rapidement. — Le 18 janvier 1860, on opère la malade. Le ganglion a le volume d'une grosse noix; la peau est rouge et amincie au point culminant; on enlève la tumeur et on trouve deux autres ganglions plus profondément situés. — Ganglions mélaniques. — Mélanose libre et infiltrée dans des cellules et des noyaux ganglionnaires. — Aspect noirâtre de tout le ganglion. — Tissus mous, friables, à suc noirâtre.

rien dire de certain à cet égard. Qu'on en donne l'explication que l'on voudra, l'essentiel est de constater que cette généralisation *n'est point rare*. Ainsi disparaît une autre des barrières élevées entre le cancroïde et les vraies tumeurs cancéreuses.

E. Nous avons déjà dit que le cancroïde pouvait avoir une marche fort variable suivant certaines circonstances extérieures et certaines prédispositions individuelles qui en favorisent ou en retardent le développement, mais que celui de la lèvre inférieure avait une tendance à envahir plus rapidement les tissus.

On a vu souvent des cancroïdes des lèvres persister, sans faire de progrès notables, pendant dix, quinze, vingt et même vingt-cinq ans; puis tout à coup, sous l'influence d'une irritation même légère, à la suite d'un traitement mal approprié, de cautérisations au nitrate d'argent, de frictions avec des pommades irritantes, ces tumeurs prennent pour ainsi dire une nouvelle vie et ravagent les parties voisines en quelques semaines. Ordinairement il n'en est pas ainsi, et au bout d'un an ou deux, à partir du début, les malades atteints de cancroïdes viennent se faire opérer (Lebert).

Sur 12 cancroïdes de la lèvre inférieure, d'après M. Heurtaux, 7 existaient depuis un à cinq ans; 1 remontait à sept ans, 3 à dix ans, et 1 seul à quinze ans.

On peut voir plus loin, dans les tableaux des observations de M. de Bruns, les résultats auxquels ce pathologiste distingué est arrivé.

Sur plus de 200 observations recueillies à l'hôtel-Dieu de Lyon, nous en avons trouvé seulement quelques-unes dans lesquelles on fait remonter le début entre dix et vingt-cinq ans. En prenant tous les nombres au-dessous de 10, nous trouvons de 15 à 18 mois, indiquant la moyenne du temps écoulé depuis le début jusqu'à l'opération. On peut voir par ce chiffre combien en général le cancroïde labial a une marche plus rapide que ceux des autres parties du

corps, et combien cette circonstance doit encore aggraver le pronostic de cette maladie.

RÉCIDIVE.

La question de la récidive est, pour le cancroïde labial, le véritable critérium de sa malignité; la généralisation n'est rien, pour ainsi dire, au point de vue du pronostic. Peu importe, en effet, que le malade meurt avec des tumeurs secondaires dans différents organes, si la cause principale de cette funeste terminaison est la reproduction du mal dans un endroit peu éloigné du siége primitif ou même dans la cicatrice de l'opération.

Presque tous les auteurs anciens et beaucoup de pathologistes et de chirurgiens de nos jours regardent la récidive comme faisant exception à la règle; nous voudrions partager cette opinion, que malheureusement trop de faits tendent à renverser pour être admissible (1).

Pendant les quatre années que nous avons passées dans les hôpitaux de Lyon, nous avons toujours vu en moyenne autant de malades revenir pour des récidives de cancroïdes des lèvres, que de femmes qui revenaient pour des récidives de cancer du sein. Et qui aujourd'hui oserait soutenir que le plus souvent cette dernière maladie ne récidive point? Si l'on admet, comme étant la règle, la reproduction pour le cancer ordinaire, il me semble qu'on doit nécessairement l'admettre pour le cancroïde des lèvres. Je ne donne point de chiffres pris dans les hôpitaux, tout le monde comprenant que cette

---

Déjà en 1846 M. Mayor disait :

(1) Nous voici donc arrivés à cette conclusion, que les tumeurs épidermiques, vulgairement appelées *boutons de mauvaise nature* (*noli me tangere*), ulcères cancéreux ou cancroïdes, cancers de la peau, sont bien de vrais cancers, ou, pour parler plus exactement, à notre sens, que l'affection cancéreuse peut être la suite du développement d'une tumeur épidermique. Thèse Paris 1846.

question n'y peut être résolue, car beaucoup de malades vont mourir chez eux ou viennent se faire traiter dans d'autres services.

Mais je dois citer ici l'opinion d'un chirurgien éminent qui, placé à la tête d'un hôpital d'une petite ville, a pu suivre un grand nombre de malades depuis le début de l'affection jusqu'à la récidive et la mort; je veux parler de V. de Bruns, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Tübingen. « Généralement, dit-il, pour le cancroïde labial la récidive se montre à la fin de l'année durant laquelle le malade a été opéré, et la mort a lieu le plus souvent de deux à quatre ans après la récidive. »

Pour appuyer l'opinion du célèbre pathologiste allemand, dont les travaux sont venus si bien nous confirmer dans l'idée que nous nous étions faite de la nature du cancroïde labial, nous ne pouvons mieux faire que de donner ici la traduction des tableaux qu'il a placés dans sa consciencieuse et savante monographie des maladies de l'appareil du goût et de la mastication.

TABLEAU

des observations de cancroïde de la lèvre inférieure recueillies par V. de Bruns (1843-1856).

1° *Malades morts avec récidive après l'opération.*

Nos d'ordre.	Profession, sexe, âge.	Début.	Opération.	Mort.	Siége de la récidive.
1	Agriculteur, 53 ans.	Printemps 1842.	Novembre 1842. Mars 1843. Juillet 1843.	Février 1844.	Menton.
2	Agriculteur, 65 ans.	Été 1841.	Juin 1842. Mai 1843.	Septembre 1844.	Région génienne.
3	Agriculteur, 45 ans.	Printemps 1844.	Février 1846.	Juillet 1847.	Lèvre et menton.
4	Agriculteur, 35 ans.	Printemps 1845.	Mars 1846.	Mars 1847.	Maxill. inférieur et génienne.
5	Aubergiste, 56 ans.	Printemps 1846.	Août 1846.	Mai 1849.	Maxill. inférieur.
6	Forgeron, 33 ans.	Été 1844.	Juillet 1846.	Juillet 1847.	Lèvre et menton.
7	(Femme), 35 ans.	Automne 1844.	Septembre 1846.	Mars 1849.	Lèvre et menton.
8	Agriculteur, 40 ans.	Septembre 1848.	Janvier 1849.	Mars 1850.	Gangl. sous-maxill.
9	Agriculteur, 59 ans.	Mars 1844.	Mai 1849.	Septembre 1850.	Gangl. sous-maxill.
10	Agriculteur, 58 ans.	Automne 1848.	Avril 1850.	Mai 1851.	Lèvre.
11	Tailleur, 59 ans.	Juin 1849.	Juin 1851.	Août 1853.	Côtés du cou.
12	Journalier, 20 ans.	Hiver 1847.	Janvier 1851.	Septembre 1854.	Côtés du cou.
13	Agriculteur, 58 ans.	Printemps 1848.	Mars 1851.	Mars 1852.	Gangl. sous-maxill.
14	Vigneron, 62 ans.	Automne 1851.	Janvier 1852.	Octobre 1852.	Lèvre et menton.
15	Agriculteur, 39 ans.	Printemps 1850.	Mai 1852.	Décembre 1853.	Lèvre et menton.
16	Agriculteur, 73 ans.	Janvier 1851.	Juin 1852.	Avril 1854.	Gangl. sous-maxill.
17	Agriculteur, 60 ans.	Printemps 1851.	Juillet 1851. Juillet 1852.	Septembre 1853.	Gangl. sous-maxill.
18	(Femme) 60 ans.	Mai 1852.	Juillet 1852. Octobre 1852.	Octobre 1853.	Région génienne.
19	Journalier, 60 ans.	Octobre 1851.	Février 1852. Décembre 1852.	Février 1853.	Maxill. inférieur.
20	Goudronnier, 45 ans.	Décembre 1852.	Avril 1853.	Octobre 1854.	Côtés du cou.
21	Agriculteur, 75 ans.	Décembre 1852.	Mai 1853.	Juillet 1854.	Côtés du cou.
22	Casseur de pierres, 39 ans.	Été 1850.	Mai 1852. Juin 1853.	Juin 1854.	Maxill. inférieur et menton.
23	Vigneron, 40 ans.	Automne 1851.	Juillet 1853.	Mars 1855.	Lèvre et menton.
24	Agriculteur, 65 ans.	Printemps 1853.	Août 1853.	Août 1856.	Lèvre.
25	Agriculteur, 39 ans.	Printemps 1851.	Septembre 1851. Novembre 1853.	Avril 1855.	OEsophage.
26	Agriculteur, 64 ans.	Février 1853.	Octobre 1853. Mai 1854.	Septembre 1854.	Maxill. inférieur.
27	Tailleur, 38 ans.	Août 1851.	Février 1854.	Novembre 1855.	Lèvre.
28	Journalier, 62 ans.	Été 1853.	Juin 1854.	Avril 1855.	Lèvre.
29	Journalier, 42 ans.	Août 1851.	Juillet 1854.	Mai 1856.	Gangl. sous-maxill.
30	Agriculteur, 60 ans.	Été 1851.	Décembre 1851. Juillet 1854.	Septembre 1854.	OEsophage.
31	Journalier, 60 ans.	Avril 1855.	Juillet 1855.	Août 1856.	Lèvre.
32	Charpentier, 49 ans.	Printemps 1856.	Juin 1856.	Décembre 1856.	Gangl. sous-maxill.
33	Guide, 35 ans.	1839.	1841.	Décembre 1847.	Généralisation.

2° *Malades morts après l'opération sans récidive.*

Nos d'ordre.	Profession, sexe, âge.	Début.	Opération.	Mort.	Siége de la récidive.
34	Agriculteur, 70 ans.	Printemps 1843.	Novembre 1845.	Décembre 1845.	Épuisement.
35	Menuisier, 65 ans.	Avril 1352.	Février 1854.	Février 1854.	Epuisement.
36	Agriculteur, 69 ans.	Juin 1853.	Octobre 1853. Novembre 1853. Août 1854.	Août 1854.	Pyémie.
37	Agriculteur, 46 ans.	Décembre 1851.	Février 1852.	Mars 1852.	Hernie étranglée.
38	Maçon, 46 ans.	Juin 1845.	Juin 1847.	Décembre 1847.	Pneumonie.
39	Journalier, 57 ans.	Automne 1850.	Mars 1851.	Décembre 1854.	Dysentérie.
40	Tisserand, 74 ans.	Janvier 1849.	Juillet 1850.	Janvier 1856.	Affaibliss. sénile.

3° *Malades vivants avec récidives.*

41	Agriculteur, 62 ans (*).	Été 1847.	Juillet 1848.	Énorme récidive à la lèvre.
42	Agriculteur, 49 ans.	Janvier 1851.	Janvier 1854.	Récid. très-étendue sous la mâchoire.
43	Cordonnier, 64 ans.	Printemps 1856.	Octobre 1856.	Commencement de récidive à la lèvre.

4° *Malades paraissant guéris depuis l'opération et sans récidives.*

Nos d'ordre.	Profession, sexe, âge.	Début.	Opération.	Temps écoulé du début à l'opération.	Temps écoulé depuis l'opération.
44	(Femme) 27 ans.	Été 1843.	Août 1845.	2 ans.	11 ans ½.
45	Agriculteur, 48 ans.	Automne 1844.	Septembre 1846.	2 ans.	10 ans ¼.
46	Agriculteur, 44 ans.	Décembre 1846.	Janvier 1847.	1 an.	9 ans ¼.
47	Meunier, 52 ans.	Printemps 1848.	Janvier 1849.	1 an.	8 ans.
48	Agriculteur, 40 ans.	Octobre 1848.	Octobre 1849.	1 an.	7 ans ½.
49	Boulanger, 75 ans.	Juillet 1852.	Janvier 1853.	6 mois.	4 ans.
50	Maçon, 55 ans.	Printemps 1852.	Février 1853.	1 an.	3 ans ¼.
51	Journalier, 52 ans.	Octobre 1852.	Octobre 1853.	1 an.	2 ans.
52	Maçon, 52 ans.	Mai 1854.	Janvier 1855.	1 an.	2 ans.
53	Casseur de pierres, 38 ans.	Printemps 1854.	Mars 1855.	1 an.	2 ans.
54	Tisserand, 64 ans.	Hiver 1854.	Juillet 1855.	6 mois.	1 an ½.
55	(Femme) 56 ans.	Automne 1852.	Juillet 1856.	4 ans.	6 mois.

(*) Opéré une seconde fois le 21 mars 1857.

« Au point de vue des récidives, on voit que sur 55 cas de cancroïde des lèvres, après une ou plusieurs opérations, 36 malades ont vu le mal reparaître, et 19 en ont été exempts ; mais, en réalité, on doit soustraire de ce nombre les 5 opérés qui sont morts

quelques jours ou quelques mois après l'opération, et 4 ou 5 cas qui ont été opérés depuis si peu de temps, qu'on ne peut affirmer s'ils ne seront atteints de nouveau par le mal, de même qu'on ne peut dire, pour ceux qui sont morts quelques jours après l'opération, s'ils auraient été sujets oui ou non à la récidive.

« La récidive a eu lieu chez les 36 malades qui en ont été atteints après l'opération :

13 fois	à la lèvre inférieure et au menton.
3 —	à la région génienne.
5 —	au maxillaire inférieur.
8 —	aux ganglions sous-maxillaires.
4 —	aux parties latérales du cou.
2 —	à l'œsophage.
1 —	généralisation.
36	

« Parmi ces 36 récidives, on trouve au moins 23 cas dans lesquels le mal a reparu à une distance très-considérable du siége primitif. Ceci est important pour combattre l'opinion de ceux qui prétendent qu'on n'a pas taillé assez largement dans les parties pour emporter tous les tissus malades ; que dans ce grand nombre de prétendues récidives, il n'y a point de *véritable récidive*, mais seulement *continuation* de la maladie, respectée en partie par un opérateur timide. A ce nombre 23 nous pouvons encore ajouter quelques autres cas provenant des treize opérations après lesquelles la récidive a eu lieu à la lèvre et au menton, mais si loin de l'endroit opéré qu'on doit les considérer comme de nouvelles tumeurs formées après l'opération.

« Ainsi, sur 55 malades, nous trouvons :

Morts	40	avec récidive	33
		sans récidive	7
Vivants (1857)	15	avec récidive	3
		sans récidive	12
			55

« Chez les 33 malades morts avec un retour de la maladie, on trouve que le temps écoulé depuis le début jusqu'à la mort avec récidive est de :

Au maximum.	Au mimimum.	Le plus souvent.
—	—	—
8 ans.	1 an.	4 ans.

« Depuis le début de la tumeur jusqu'à la première opération :

3 1/2 »	1/4 »	»

« Depuis la première opération jusqu'à la mort :

6 »	1/2 »	2 ans.

« Sur les 12 malades qui vivent encore exempts de récidive, le temps écoulé depuis l'opération est de :

11 1/2 »	1/2 »	»

Ces observations si précises et si importantes prouvent, à notre avis, d'une manière péremptoire, la malignité du cancroïde labial, au double point de vue de *la récidive* et de *la rapidité avec laquelle la mort suit son envahissement*. C'est ce qui nous a amené à les traduire en entier malgré leur étendue. Puissent-elles engager d'autres chirurgiens à en faire de semblables !

DIAGNOSTIC.

Généralement le cancroïde labial est facile à reconnaître ; dans quelques cas cependant, on peut le confondre avec d'autres lésions chirurgicales.

1° Dans la première période du développement du cancroïde des lèvres, le diagnostic n'est souvent pas facile. Le mal ne consiste-t-il encore qu'en une petite verrue formée de papilles hypertrophiées, qui pourra affirmer que cette tumeur sera bénigne ? qui pourra

dire si, par suite de quelque irritation extérieure, elle ne se changera pas en tumeur de mauvaise nature?

Les premières manifestations de la maladie se montrent-elles sous la forme d'une petite plaque cornée, ayant les caractères que nous avons décrits dans la symptomatologie, alors il reste bien peu de doutes, et l'on peut presque toujours affirmer hardiment, surtout si le sujet a dépassé 40 ans, que la chute de la lamelle cornée laissera après elle une ulcération que rien ne pourra plus arrêter.

2° Quand la maladie a passé au second degré, quand elle consiste en une tumeur dont la surface est ulcérée sur une étendue plus ou moins considérable, on peut hésiter entre un ulcère scrofuleux et un chancre de nature syphilitique. Les ulcères qui accompagnent la diathèse scrofuleuse se montrent de préférence chez les jeunes sujets; ils occupent, dans la grande majorité des cas, la lèvre supérieure, qui s'épaissit et qui donne à la physionomie un cachet tout particulier. Quelquefois on les trouve à la commissure, très-rarement à la lèvre inférieure. Ces ulcères s'accompagnent souvent de lupus, et alors la peau environnante est épaissie et offre à la vue une coloration violacée caractéristique. Ces ulcérations présentent quelquefois une base indurée, mais la sensation que donne au toucher cette induration est autre que celle qu'on éprouve dans les cas de cancroïde. Enfin elles occasionnent peu de souffrances et ne sont jamais le siége d'élancements douloureux revenant par accès irréguliers.

L'ulcère syphilitique peut mettre souvent le chirurgien dans un grand embarras, surtout si le malade se trouve à cet âge moyen de la vie où les deux affections peuvent se présenter. Dans les deux cas : induration souvent semblable, bords taillés à pic, adénite, etc. Les plus habiles s'y sont trompés; et comme on ne peut jamais compter sur des aveux, il faut avoir recours aux commémoratifs, examiner les autres parties du corps où d'autres accidents auraient pu se montrer, et enfin essayer la véritable pierre de touche, l'usage des spécifiques. Les auteurs du *Compendium de chirurgie* et M. Heurtaux racontent plusieurs cas pour lesquels ce moyen seulement a pu tirer le médecin hors du doute. Cette difficulté, quoique rare, peut ce-

pendant se présenter quelquefois, et il est bon, surtout si le sujet est jeune, de se tenir sur une prudente réserve.

Enfin, dans quelques cas qui se présentent tout à fait exceptionnellement, on peut confondre le cancroïde des lèvres avec certaines tumeurs peu étudiées jusqu'ici, et desquelles le microscope seul peut faire reconnaître la véritable nature ; en voici un exemple : Un homme de la campagne, très-vigoureux, âgé de 66 ans, était porteur, vers le milieu de la lèvre inférieure, d'une petite ulcération à base indurée, recouverte d'une épaisse croûte jaunâtre. Le mal commença, deux ans auparavant, par une verrue qui se recouvrit bientôt d'une croûte. La chute de la verrue laissa une ulcération qui ne se guérissait point. Le père du malade avait été opéré d'un cancer labial, à l'âge de 85 ans, et cette circonstance confirmait encore dans l'idée qu'on avait de la nature maligne de l'ulcération ; on l'enleva. L'examen attentif de la pièce montra seulement un dépôt de produits inflammatoires dans la peau épaissie, sans traces de cellules épithéliales, sans hypertrophie des papilles et de l'épiderme. (Paget, *Lect. on surgical pathology*, t. II, p. 467; London, 1853.)

ÉTIOLOGIE.

Causes prédisposantes.

A. *Sexe.* Depuis longtemps on a observé que le cancroïde labial est une affection qui s'attaque surtout au sexe masculin. La femme n'en est atteinte qu'exceptionnellement ; on pourrait presque dire que chez celle-ci la manifestation cancéreuse a une tendance très-marquée à se porter aux mamelles et à l'utérus, tandis que les lèvres paraissent surtout en être le siége chez l'homme. Cependant on ne peut prétendre que son immunité soit complète, puisque le rapport du nombre des malades atteints dans les deux sexes paraît osciller

entre 1 cinquième et 1 quatorzième, suivant les différentes contrées, ainsi que le montrent les tableaux suivants :

	Hommes.	Femmes.
Lebert (Paris).....	15	3
Gault.....	20	1
Bertin (Montpellier).....	24	3
Melzer (Laybach, Autriche)....	127	15
Heurtaux (Paris).....	69	10
De Bruns (Tübingue).....	50	5

Dans les cinq années consécutives de 1850 à 1855, M. Barrier a observé 71 cas ainsi répartis :

HOMMES.			FEMMES.		
Lèvre inf.	Commissure.	Lèvre sup.	Lèvre inf.	Commissure.	Lèvre sup.
56	0	6	3	0	6

Les 181 cas tirés des observations de M. Desgranges, de 1850 à 1860, peuvent se ranger ainsi :

150	5	3	19	1	3
220			32		

Si l'on fait la somme de tous ces chiffres, on a 527 et 69 ; on peut voir que, sur ce grand nombre de cas, les femmes sont aux hommes comme 1 : 7,6. Ce rapport prouve bien que, quoique les femmes soient infiniment moins exposées que les hommes aux cancroïdes des lèvres, elles sont loin cependant d'en être préservées complétement, ainsi que veulent bien le dire certains auteurs.

A quelle cause peut-on attribuer ce singulier phénomène ? On a fait beaucoup d'hypothèses pour l'expliquer ; quant à nous, nous croyons que c'est parce que la femme s'expose moins à l'influence de

certaines causes prédisposantes, parce que ses lèvres, qui sont plus fines et moins étendues que celles de l'homme, ne sont pas irritées par la malpropreté, le tabac et les liqueurs fortes, et enfin parce que cette force mystérieuse qui pousse certains éléments anatomiques à s'accroître d'une manière anormale tend, chez elle, à se porter sur d'autres organes.

B. *Age.* L'âge a une influence non moins grande que le sexe sur le développement du cancer des lèvres. Cette affection est excessivement rare dans la première jeunesse, puisque, sur 252 cas, nous n'en trouvons qu'un chez un sujet âgé de moins de 20 ans; c'était chez une jeune fille de 16 ans. Ce n'est guère qu'à partir de 30 ans que la maladie commence à se montrer souvent, et alors sa fréquence continue à s'accroître jusque dans la vieillesse la plus avancée, quoique cependant, d'une manière absolue, il se présente beaucoup moins de malades à la période ultime de la vie. Cela vient de la décroissance rapide du chiffre représentant une même génération: ainsi, à 60 ans, il reste le cinquième; à 70, le huitième; et à 75 ans, il ne reste plus que le douzième de la population première; ensuite le nombre décroît tellement, qu'il ne reste presque plus d'individus à atteindre. A 85 ans, âge qui en fournit encore, il ne reste plus que la quatre-vingt-troisième partie de la même génération; et souvent alors ces vieillards ne se présentent plus pour être opérés.

Sur 17 cancroïdes des lèvres, M. Lebert en a trouvé:

de 30 à 35 ans.....	2
de 35 à 40 —.....	1
de 40 à 45 —.....	2
de 45 à 50 —.....	7
de 50 à 55 —.....	2
de 60 à 65 —.....	3

Au point de vue de l'âge auquel apparaissent les premiers sym-

ptômes de la maladie, M. de Bruns tire, des observations que nous avons données plus haut, le tableau suivant :

de 20 à 30 ans.....	2
de 30 à 40 —.....	9
de 40 à 50 —.....	11
de 50 à 60 —.....	13
de 60 à 70 —.....	15
de 70 à 80 —.....	5
	55

Quant aux observations recueillies à l'hôtel-Dieu de Lyon, nous les avons disposées de la manière suivante, afin de pouvoir, d'un seul coup d'œil, juger quels sont les âges qui fournissent le plus de malades porteurs de tumeurs cancéreuses aux lèvres :

—	16 ans
	17
	18
	19
—	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
—	29
	30
	31
—	32
— —	33
	34
— — — — —	35
— —	36
—	37
— — — —	38
— — — —	39
— — — —	40
—	41
— — — — — — — — — — —	42
— — — — —	43
	44
— — — — — —	45
— — — — — —	46
— —	47
— — — — — —	48
— — —	49
— — — — — — — — — — — —	50
—	51
— — —	52
— — — — — — — — —	53
— — — — — — — — — —	54
— — — — — —	55
— — — — — — — — — — — — —	56
— — — — — —	57
— — — — — — — — — — —	58
— — — — — — — — — — —	59
— — — — — — — — — — —	60
— — — — —	61
— — — — — — — — — — —	62
— — — — — — — — — —	63
— — — — — — — — —	64
— — — — — — — — —	65
— — — — —	66
— —	67
— — — — — — — —	68
— — — — — — —	69
— — — — — — —	70
— — — — — —	71
— — — — — — —	72
— —	73
— —	74
— — — — —	75
—	76
	77
—	78
	79
—	80
	81
	82
	83
—	84
Total, 260 — —	85

C. *Profession, tempérament.* Nous avons souvent remarqué que le tempérament sanguin paraissait dominer chez les malades atteints du cancer labial. Nous ne pouvons pas donner à ce sujet des observations bien exactes, mais nous croyons pouvoir affirmer que la plupart des malades que nous avons vus avaient les cheveux blonds et présentaient quelque chose de particulier dans la coloration de la face : la peau du visage souvent rouge, surtout autour des pommettes, et sillonnée d'un grand nombre de petits capillaires dilatés. Le travail des champs paraît être une des causes les plus puissantes de la maladie, tandis que les autres professions semblent rester tout à fait sans influence, ainsi qu'on peut le voir dans les tableaux tirés de l'ouvrage de M. de Bruns. Sur les 181 cas analysés par nous, nous trouvons :

Cultivateurs et journaliers travaillant à la campagne.	107
Tisserands	12
Rentiers	4
Maçons	4
Cordonniers	4
Menuisiers	4
Charrons	2
Scieurs de long	2
Domestiques	2
Diverses	19

On voit, par ces chiffres, combien les habitants de la campagne sont plus exposés que les autres aux affections cancéreuses des lèvres. On pourrait dire que les agriculteurs, et, en général, les gens qui travaillent aux champs, sont beaucoup plus nombreux que les autres. Cela peut être vrai pour certaines contrées ; mais, pour les neuf départements qui ont fourni ces malades à l'hôtel-Dieu de Lyon, il est loin d'en être ainsi. Ils représentent une population de 3,924,000 habitants ~~agriculteurs~~, et, sur ce nombre, il y a seulement 1,095,000 agriculteurs, c'est-à-dire un tiers ; et cependant, malgré cette énorme infériorité numérique, cette classe fournit presque deux

fois autant de malades atteints de cancroïdes labiaux que toutes les autres réunies. On en a cherché la cause dans la malpropreté des populations rurales ; il nous semble qu'il est bien plus naturel d'y voir l'effet des intempéries atmosphériques, de la pluie, du soleil, du froid, qui, faisant sans cesse gercer la peau des lèvres, y causent des irritations répétées, qui peuvent bien, à la longue, favoriser singulièrement le développement de la maladie.

D. *Climat; géographie du cancroïde labial; hérédité.* Nous ne savons encore rien de précis sur l'influence que peut exercer la nourriture.

L'hérédité paraît être une cause assez puissante, ainsi que dans beaucoup d'autres maladies. M. Heurtaux, dans son excellente thèse, en donne 11 cas recueillis par lui-même ou pris dans différents auteurs. D'après les nombreux matériaux que nous avons eus entre les mains, nous pourrions bien y ajouter 4 ou 5 cas de plus; mais de ce petit nombre d'observations, il est impossible de tirer une conclusion de quelque valeur. Toutefois, si l'on ne peut matériellement prouver l'influence de cette cause pour l'affection qui nous occupe, il n'est pas irrationnel de l'admettre, jusqu'à ce qu'elle soit démontrée par des faits nombreux et bien observés.

Nous allons rechercher maintenant si les différents climats ont un effet quelconque sur la plus ou moins grande fréquence de la maladie, et nous tâcherons d'en déterminer l'*aire,* autant du moins que nous le permettront les documents que nous avons entre les mains. Cette question est des plus intéressantes, malheureusement elle ne peut se résoudre aussi facilement qu'elle le paraît à première vue. Rien, en effet, n'est plus difficile que de se procurer des renseignements exacts, même pour la France; car, nous sommes forcé de le dire à notre honte, il est nombre d'hôpitaux de grandes villes où l'on ne recueille jamais d'observations.

Si nous considérons seulement d'abord les environs de Lyon, nous trouvons 181 cancroïdes des lèvres sur les 3,217 opérations san-

glantes faites par M. Desgranges, de 1850 à 1860; les départements voisins qui ont fourni le plus de malades peuvent se ranger dans l'ordre suivant :

Loire	29
Haute-Loire	26
Rhône	25
Isère	14
Ain	13
Drôme	11
Saône-et-Loire	10
Jura	9
Ardèche	2

Les autres donnent seulement l'unité.

Ces nombres n'ont qu'une valeur fort restreinte, et ne peuvent avoir une signification quelconque que pour nos contrées. Ainsi, par exemple, pourquoi les départements de la Loire et de la Haute-Loire fournissent-ils un nombre beaucoup plus considérable de cancroïdes des lèvres que les départements de l'Isère et de l'Ain, qui sont tout aussi rapprochés, et dont les habitants, atteints d'autres maladies, viennent cependant en grand nombre dans nos hôpitaux? Nous avons d'abord cru en devoir trouver la cause dans la différence des altitudes des habitations. Nous avons, à cet effet, recherché minutieusement la hauteur au-dessus du niveau de la mer des localités d'où venaient nos malades ; mais nous pouvons dire que notre peine a été tout à fait inutile, nous sommes arrivé sous ce rapport à un résultat négatif complet. C'est bien déjà quelque chose, mais la cause efficiente véritable est encore à trouver.

Maintenant, au lieu de nous en tenir seulement à une petite partie de la France, si nous considérons tous les pays sur lesquels nous avons pu obtenir des renseignements, nous arrivons à des résultats qui ne manquent pas d'intérêt, et qui semblent avoir échappé jusqu'ici à presque tous les auteurs.

Le cancroïde labial paraît être une affection très-rare dans le nord

de l'Europe, dans la Russie septentrionale, en Norvège et en Suède. Pour ce dernier pays, M. Rossander, chirurgien du grand hôpital de Stockholm, dit : « Le cancroïde de la face est une maladie très-rare en Suède, au moins d'après ce que nous voyons dans notre hôpital. De 1850 à 1859, 2,200 opérations ont été faites, et la somme des cancroïdes de la face est de 17 sur 16 malades. Ont été opérés, 12 hommes et 4 femmes, presque tous paysans des environs. Il paraît que la maladie est encore bien plus rare dans les montagnes que dans nos plaines..... Les résultats donnés par les autres hôpitaux de Suède ne doivent pas beaucoup différer de celui du nôtre ; ils sont du reste assez petits, et il est probable que le nombre des opérations faites à Stockholm n'est pas beaucoup au-dessous des chiffres de tous les autres pris ensemble. » (*In* litt. mss., 1860.)

On voit, par ces nombres, combien l'affection est plus rare en Suède qu'aux environs de Lyon, par exemple. Chez nous, il y a 1 malade atteint de cancroïde labial sur 17 opérés ; à Stockholm, ce rapport est comme 1 : 137 dans la même période de dix années, et encore remarquons bien que le chirurgien suédois nous donne le nombre 17 comme étant celui de tous les cancroïdes de la face. Si nous en retranchons 2 ou 3 pour les paupières, 2 ou 3 pour la joue et le menton, il n'en restera que 10 à 11 pour les lèvres; et alors, au lieu du rapport 1 : 137, nous aurions probablement 1 : 200 ou même davantage!

Pendant la période de 1854-1857, il n'y a eu à Hambourg et dans tout le territoire environnant que 2 cas de cancroïde des lèvres, 1 en 1854 et 1 en 1856. Il est probable, dit le Dr Ludwig Benjamin, de Hambourg, que cette affection est beaucoup plus commune dans le sud de l'Allemagne (Benjamin, *in* litt. mss., 1860).

C'est en effet ce que confirment tous les autres documents. Elle paraît très-rare en Prusse. A l'hôpital de Laybach (Autriche), d'après Melzer, il est entré, dans une période de soixante-deux ans, 27,800 malades, sur lesquels on trouve 453 cancers, dont 142 des lèvres.

La maladie paraît extrêmement commune en Angleterre et dans

quelques parties de la Pologne, et surtout en Hongrie (Reichnitz).

D'après M. Vogt, actuellement professeur à l'Université de Berne et anciennement chirurgien à l'hôpital de Guissen, le cancroïde labial est assez fréquent dans les pays dont ces villes sont le centre (*in* litt., Vogt, 1860). D'après M. Socin (*in* litt. mss., 1860), le cancroïde des lèvres paraît commun dans les cantons de Berne et de Zurich, tandis qu'il est très-rare dans le canton de Bâle, puisque, durant un professorat de trente-huit ans à la clinique chirurgicale de cette ville, M. le Dr Jung n'en a observé que 3 cas seulement (Jung, *in* litt. mss., 1860).

Dans les départements du sud-ouest de la France, il paraît encore assez fréquent ; sur 895 opérations faites à Montpellier dans les années 1851-1857, on trouve environ 33 cas de cancroïde des lèvres (Bertin, *in* litt. mss., 1860).

Au sud-est de la France, la maladie n'est pas commune, et plus on avance vers l'orient plus elle paraît devenir rare. A Marseille, en 1857, sur 1607 malades traités dans les salles de chirurgie, on trouve 3 cancers labiaux seulement, et tous 3 siégeant à la lèvre inférieure (Berrut, not. mss.).

Nous ne dirons rien de l'Italie, sur laquelle les renseignements nous font totalement défaut, le moment n'étant pas heureux pour en obtenir.

M. le Dr Lindermayer, qui exerce avec distinction la médecine à Athènes depuis l'affranchissement de la Grèce, n'a rencontré que deux cas de cancroïde des lèvres. D'autres médecins en ont vu quelques exemples, toujours très-rares, chez des paysans. M. Lindermayer pense aussi qu'en Grèce cette affection est beaucoup moins commune que dans d'autres contrées de l'Europe (Lindermayer, méd. de la cour à Athènes, *in* litt. mss., 1860).

En Syrie et en Asie Mineure, le cancroïde labial et le cancer en général sont complétement inconnus ou à peu près. M. le Dr Ph. Faure, qui a parcouru très-attentivement, au point de vue médical surtout, les contrées situées entre le Taurus, Bagdad, la Palestine et la Perse ; qui a suivi les rives de l'Euphrate, séjourné de longues

années à Damas, traversé l'Égypte entière et une partie de la Nubie, nous a affirmé qu'il n'a jamais pu constater un seul exemple de véritable cancer, et qu'il n'a pu trouver, en les recherchant avec le plus grand soin, qu'un cas de cancroïde des lèvres.

On ne le trouve pas en Afrique, du moins chez les indigènes, pas plus au nord que parmi les populations du centre.

M. le Dr Barth, le savant et intrépide explorateur de l'Afrique centrale, a bien voulu nous donner quelques renseignements sur cette question. « Quoique les indigènes, dit M. Barth, vinssent en foule me consulter, même dans les cas très-graves, d'après tout ce que j'ai vu, je crois pouvoir affirmer que le cancer, et surtout celui des lèvres, est extrêmement rare dans l'intérieur de l'Afrique. Pendant toute la durée de mon voyage, de plus de cinq années, je n'ai pu constater qu'un seul cancer chez un homme et pas un chez la femme..... Dans la tribu des Beni-Meluck, sur le Niger, à quelques journées à l'est de Timbouctou, j'ai observé plusieurs cas d'une affection cutanée que j'avais déjà prise pour le cancer. Ces gens niaient positivement que ce fût une maladie honteuse, mais attribuaient ce mal à l'effet de l'eau. Quoi qu'il en soit, cette tribu ne peut pas être regardée comme purement africaine, puisqu'elle est de sang mêlé de Berbères et d'Arabes..... Somme toute, j'incline fortement à croire que, sauf quelques exceptions dues au commerce des populations avec les Arabes, le cancer n'existe pas chez les tribus indigènes de l'intérieur de l'Afrique. » (H. Barth, *in* litt. mss., 1860.)

Enfin on peut dire qu'on ne trouve pas davantage cette maladie dans le sud du continent africain, puisque le Dr Livingston, en parlant des peuples qu'il a visités dans ces contrées, dit d'une manière très-positive : « Le cancer et le choléra leur sont totalement inconnus » (*Exploration dans l'Afrique australe,* p. 145).

M. le Dr Lautré, qui a résidé de longues années chez la peuplade des *Bassoutos,* qui habitent un territoire au nord de la colonie du Cap, n'a pu constater un seul cas de cancroïde du visage. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que les blancs habitant la colonie payent, comme en Europe, leur tribut à cette horrible affection.

Nous croyons donc pouvoir dire, en résumé, que, pour l'ancien continent, l'aire de plus grande fréquence du cancroïde labial paraît occuper surtout le centre de l'Europe; qu'il est très-rare dans le nord, et à peu près inconnu dans le sud et les contrées de l'Orient. Ces différences proviennent-elles des climats, des habitudes, des races, ou sont-elles le résultat des effets combinés de ces trois grandes puissances, dont on néglige peut-être trop l'influence dans l'étude étiologique des maladies? Nous reconnaissons combien les renseignements que nous avons pu obtenir sont insuffisants et incomplets ; aussi n'oserons-nous pas répondre catégoriquement. Cependant nous sommes porté à croire que la race et les habitudes ont la plus grande part dans l'étiologie de l'affection qui nous occupe ; si plus tard l'attention des observateurs se portait sérieusement sur ce point si intéressant pour les sciences médicales, les résultats les plus curieux pourraient être obtenus.

A. *Tabac.* Dejà depuis longtemps on a cherché à expliquer la préférence qu'a le cancroïde à occuper la lèvre inférieure, par l'usage de fumer, et surtout de fumer dans des pipes à courts tuyaux. Cette idée n'est point nouvelle, puisqu'en 1795 Sœmmering prétendait que le cancer des lèvres atteignait surtout les fumeurs, et pour prouver son opinion, il s'efforce de montrer que la lèvre inférieure seule en est atteinte, et que cette prédisposition provient de la pression du tuyau de la pipe sur la muqueuse labiale.

Dès ce moment, on peut dire que cette idée est à l'ordre du jour, et c'est à qui portera de nouveaux coups à l'*herbe fétide* du nouveau monde.

Rigal croit que ce sont surtout les dents usées par le tuyau de la pipe qui viennent irriter la lèvre, opinion qui était aussi partagée par notre illustre et regrettable A. Bonnet. Rechnitz prétend que dans aucun pays du monde le cancer labial n'est plus commun qu'en Hongrie; il en voit la cause dans l'usage d'un tabac très-fort que l'on *chique* ou que l'on fume dans des pipes de bois à tuyaux très-courts, laissant suinter un suc âcre qui

se répand sur la lèvre. Gunter pense aussi que la cause des cancroïdes labiaux peut se retrouver dans l'usage immodéré du tabac. Presque tous ses opérés, dit-il, étaient d'*enragés fumeurs ;* le deuxième ou le troisième jour après l'opération, il les trouvait fumant derrière les rideaux des lits. Enfin, pour terminer ce long réquisitoire, M. Bouisson publia en 1859 un travail dans lequel il fait une énumération de 68 cancroïdes, dont 49 des lèvres, tous développés chez des fumeurs. Malheureusement il n'y a qu'une chose à dire contre cette liste, c'est que l'éminent professeur de Montpellier ne nous montre que la *face* de la médaille, il en cache le *revers* soigneusement. Dans son mémoire, il n'est pas dit un mot des malades qui ne fument pas. Or, à notre avis, il est aussi logique d'agir ainsi que de dire : Voici cent fièvres typhoïdes affectant des sujets tous vaccinés, donc la vaccine cause la fièvre typhoïde !

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'un grand nombre de malades atteints de cancroïde aux lèvres ne fument pas ou fument si rarement, qu'on ne peut attribuer leur mal à cet usage. Ainsi Bardeleben dit que sur la côte de Greifswalde (Poméranie), il a opéré plusieurs malades qui ne fumaient jamais. M. Fleury, professeur à l'École de Clermont, « affirme avoir opéré un grand nombre de cancers des lèvres chez des campagnards habitant des contrées où jusqu'à présent le tabac est à peu près inconnu » (Heurtaux). M. de Bruns dit que sur 55 opérés, à peine 10 fumaient habituellement. Dans ce nombre, se trouvait un malade portant une tumeur cancéreuse à la commissure gauche, et qui affirmait avoir toujours tenu sa pipe au côté droit et jamais du côté malade. M. Heurtaux a observé des cas analogues, et sur 9 observations rapportées par cet auteur, 4 malades n'avaient jamais fait usage du tabac, 5 fumaient, et parmi ceux-ci deux seulement présentaient la lésion à l'endroit où reposait habituellement la pipe. A l'hôtel-Dieu de Lyon, nous avons toujours trouvé autant de malades qui ne fumaient pas que de fumeurs, et encore parmi ceux-ci un grand nombre présentaient la tumeur du côté où ils ne tenaient pas la pipe.

Enfin, ce qu'il y a plus caractéristique, c'est que dans une localité du Finistère « où presque toutes les femmes fument le *brûle-gueule*, M. Lemarchand a vu une centaine de cancroïdes de la lèvre inférieure chez les hommes, et jamais il n'en a observé chez les vieilles femmes » (Heurtaux). Une autre circonstance à noter, c'est qu'en Orient et en Afrique, où tout le monde, hommes et femmes, a constamment la pipe à la bouche, on ne trouve pas le cancer labial. Il est vrai que dans ces pays favorisés, le *brûle-gueule* et l'*âcre caporal* sont remplacés par le narghilé à bout d'ambre et le tabac à la rose !

Une objection qui ne manque non plus de valeur, c'est que dans la campagne l'usage du tabac est loin d'être habituel (du moins dans le Lyonnais) ; on fume un peu le dimanche, mais jamais dans la semaine, et ce sont pourtant les classes agricoles qui fournissent le plus de cancers aux lèvres.

Quoique nous soyons bien éloigné de vouloir défendre l'usage du tabac contre ses accusateurs, nous croyons cependant que jusqu'à nouvel ordre, on ne peut le rendre entièrement responsable d'un mal qu'il n'a peut-être jamais commis.

Pour décider la question, il ne s'agirait en effet que de démontrer ce point capital : dans les pays où l'on fait un grand usage du tabac, la maladie est-elle plus fréquente que dans les pays où l'on ne fume pas ? Avant l'introduction du tabac, était-elle aussi commune que de nos jours ? Or ces questions ne sont pas encore résolues.

En attendant, tout ce que nous croyons qu'on puisse dire à cet égard, c'est que peut-être dans certains cas, l'irritation mécanique ou chimique causée par la pipe a déterminé une manifestation qui se serait probablement montrée un peu plus tard, soit spontanément, soit sous l'influence de toute autre cause excitatrice.

B. Nous n'avons rien à dire des coups, des blessures, des coupures répétées faites par le rasoir ; toutes ces lésions peuvent, au dire des auteurs, devenir le point de départ du cancroïde labial.

PRONOSTIC.

Pour beaucoup d'auteurs, le pronostic du cancroïde labial n'est point grave. Ledran, Bayle et Boyer, pensent que souvent on peut en obtenir la guérison; A. Bérard va plus loin encore, en disant : « La maladie n'envahit que très-tard les ganglions lymphatiques, et de plus ne récidive presque jamais quand elle a été enlevée. » M. Lebert croit que le cancroïde peut se terminer heureusement, même après plusieurs récidives, « et, nous le répétons, dit-il, nous avons vu des malades guérir radicalement après une deuxième et une troisième opération. » Cependant plus loin il a soin de faire ses réserves : le cancroïde de la lèvre inférieure offre le pronostic le moins favorable, tant à cause de sa disposition aux récidives sur places que par suite de sa disposition à se propager aux tissus voisins (Lebert, *Malad. canc.*).

Beaucoup de pathologistes et de chirurgiens admettent encore l'opinion du professeur de Zurich, et semblent regarder le cancroïde labial comme une affection infiniment moins maligne que le *véritable cancer*. Quant à nous, nous ne saurions partager ces idées, et nous croyons avoir prouvé combien les faits leur sont opposés. A notre avis, le cancroïde des lèvres est une affection très-grave : grave d'une manière générale, parce qu'elle est toujours le symptôme d'une diathèse qui peu à peu arrêtera les sources de la vie; grave comme maladie locale, parce qu'elle produit des troubles incompatibles avec certaines fonctions de premier ordre; grave enfin, parce que le plus souvent la récidive suivra l'ablation de la tumeur. C'est là le point capital; c'est l'idée qui doit surtout dominer le pronostic, c'est elle qui nous force à dire : la mort est le résultat habituel du cancroïde labial aussi bien que du cancer ordinaire.

Nous ne sommes point seul à partager cette opinion, qui toujours a été défendue par nombre de cliniciens, surtout par l'illustre chirurgien de la Charité, et à l'étranger par deux hommes qui ont fait de cette question le sujet de longues et consciencieuses études :

Billroth, professeur de clinique chirurgicale à Zurich, et M. de Bruns. Le premier regarde le cancroïde labial comme un mal récidivant *toujours*. Telle est aussi l'opinion de M. de Bruns, et nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici la conclusion du travail de cet auteur : « L'encéphaloïde et le cancer épithélial, dit-il, opposent tous deux une égale résistance aux efforts de l'art. Sans vouloir nier la possibilité de la guérison par l'ablation de pareilles tumeurs soit par le couteau, soit par le caustique; sans vouloir nier même la possibilité de leur cure radicale par un traitement interne, nous pouvons cependant affirmer que de pareils faits, bien vérifiés, sont excessivement rares. La récidive du mal a toujours lieu dans ces deux affections, sans même qu'on puisse dire que le temps qui s'écoule entre l'opération et la récidive soit plus long pour le cancer épithélial que pour l'autre cancer » (1).

Nous avons vu que dans le cancroïde des lèvres, la mort arrivait presque toujours un an ou deux après l'opération; aussi le pronostic est-il toujours défavorable quant à la *durée de la vie*. Quelques circonstances peuvent cependant la faire varier dans de certaines limites : ainsi un vieillard cacochyme résistera moins qu'un homme jeune encore et vigoureux, qui pourra mieux supporter une ou plusieurs opérations; l'engorgement rapide des ganglions sera un symptôme très-aggravant. Il semble aussi que le cancroïde de la lèvre supérieure soit moins *malin* que celui de la lèvre inférieure; il envahit les tissus avec peu de lenteur, et donne lieu moins souvent à l'engorgement ganglionnaire. Cependant il est bon de ne pas trop compter sur ces observations, qui ne reposent encore que sur un petit nombre de faits, la maladie se présentant rarement à la lèvre supérieure.

---

(1) On trouve déjà dans les anciens auteurs (Guy de Chauliac, édit. 1641, p. 342) une opinion arrêtée sur la gravité du cancroïde : « Quant à moy, disoit Albucasis, je n'en ai guery aucun. » Et plus loin : « Avicenne disoit cette merveille, qu'aucunes-fois de celui qui est ulceré s'en fait un non ulceré ; car s'il est guery en un lieu souvent se muë en un autre. »

En résumé, voici à quelles idées nous ont conduit nos études et nos observations sur l'affection qui fait le sujet de cet essai :

Le cancroïde labial est un *véritable cancer,* de nature aussi *maligne* que celui de toute autre partie du corps; et c'est pour cette raison que nous trouvons le nom de *cancroïde* très-impropre, puisqu'il tend à donner une idée fausse de la maladie. Si, au point de vue anatomique, le cancer labial diffère d'un autre cancer, cela ne veut point dire que *cliniquement* ils ne soient tous deux une manifestation d'une même affection générale, puisqu'aujourd'hui il est prouvé que les néoplasmes diffèrent de structure, suivant la nature de la *gangue* qui les supporte.

Le cancer des lèvres est d'abord, comme le chancre, une lésion locale; peu à peu, par suite d'un travail pathologique, ils donnent naissance tous deux à une sorte de virus qui pénètre au loin par les lymphatiques. Les ganglions forment pendant quelque temps une véritable barrière, mais bientôt cette espèce de crible, comme les appelle M. Virchow, est atteint lui-même par la maladie, et alors l'infection gagne l'économie tout entière.

De ces faits, il paraîtrait tout d'abord découler que l'ablation de la tumeur et l'ablation hâtive seraient la meilleure médication à opposer à la maladie. Ceci est vrai pour certains cas heureux ; mais en général on a beau enlever la tumeur, on n'enlèvera pas cette *force pathologique* (qu'on me passe cette expression), cause cachée et primordiale de l'affection, et alors la récidive aura lieu. Il n'y a rien qui doive surprendre dans un pareil phénomène, ce qui serait extraordinaire serait de voir le contraire arriver. Il nous semble tout naturel d'admettre qu'une cause, ayant produit un certain effet, produise une seconde, une troisième fois des effets semblables, si cette même cause persiste dans son intégrité. Or c'est ce qui se présente toujours pour le cancer des lèvres, et, comme ne cessait de nous le répéter notre excellent maître M. Charles Robin, c'est ce qui se présentera aussi longtemps que les chirurgiens se contenteront d'enlever les tumeurs, au lieu de traiter les malades qui les portent.

TRAITEMENT.

1° *Traitement général.* — Le traitement interne du cancer labial est aujourd'hui à peu près complétement abandonné. Est-ce découragement? est-ce habitude? Nous ne saurions le dire. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'une pareille manière d'agir est fâcheuse pour la science et pour les malades; car, en s'appuyant sur l'analogie, il est permis d'affirmer que si jamais on trouve un traitement que l'on puisse opposer avec succès à cette affreuse affection, ce sera un traitement interne et général.

Beaucoup de médecins anciens, Rush, Valentin, Simons, etc., avaient préconisé l'arsenic à l'intérieur; malheureusement leurs observations n'ont pas une grande valeur aujourd'hui, puisqu'ils confondaient nécessairement sous le même nom plusieurs maladies différentes. Thompson pensait aussi que le remède administré méthodiquement, qu'une *saturation* arsenicale habilement *ménagée*, comme le dit M. Boudin, aurait une influence favorable sur la diathèse cancéreuse; cependant aucun résultat décisif n'a été obtenu en France, à notre connaissance du moins. Il paraîtrait seulement qu'à Vienne, le professeur Hebra aurait vu des cancroïdes de la lèvre guérir non pas complétement, sous l'influence du traitement arsenical, mais du moins se cicatriser en grande partie. Ce remède aurait aussi été employé avec succès par Stark, au dire de M. de Bruns.

L'hydrothérapie surtout, préconisée par A. Bonnet, qui paraît en avoir retiré quelques bons résultats, peut bien être utile dans certains cas; mais nous avons été témoin nous-même de trop d'insuccès pour accorder une trop grande confiance à ce moyen.

2° *Traitement local.* — Puisque, dans l'état actuel de nos connaissances, le traitement interne du cancer labial nous fait défaut, c'est localement qu'il faut agir; on peut ainsi quelquefois, quoique très-rarement, amener le malade à une guérison qui paraît être radicale;

le plus souvent, après lui avoir donné pendant quelque temps une certaine espérance, après lui avoir prolongé la vie d'un an ou deux, le mal revient doué d'une nouvelle énergie ; mais, quoique le chirurgien sache d'avance quel sera probablement le résultat de sa peine, et quelque petite que soit cette chance favorable, il ne doit point reculer devant l'opération, et toutes les fois qu'elle sera possible, il doit la pratiquer.

Cautérisation. Quand le cancer labial est à son premier degré de développement, quand l'ulcération est peu étendue, quand surtout l'altération n'a pas encore pénétré profondément, il est souvent commode d'employer les caustiques, qui, tout en emportant le mal, peuvent modifier d'une certaine façon la vitalité des tissus, et qui, en général, exposent, moins que le bistouri, aux accidents consécutifs, tels que l'érysipèle et l'infection purulente.

Si l'on se décide à la cautérisation, il faut toujours bien avoir présente à l'esprit la nécessité de choisir un caustique énergique qui puisse, en une ou deux applications, emporter le cancer jusqu'à sa racine. On ne saurait trop flétrir l'ignorance de certains praticiens qui se permettent, tous les jours encore, de porter la pierre infernale sur les boutons cancéreux des lèvres ; et pourtant, depuis bien longtemps déjà, on a reconnu que les cautérisations faibles donnent, en quelque sorte, un *coup de fouet* à la maladie, qui se propage alors aux parties environnantes avec une rapidité bien plus grande. Cette remarque avait déjà été faite par A. Paré, qui dit, en parlant du cancer des lèvres : « Au commencement il est fort difficile à connoistre, en tant que la tumeur est comme un pois chiche ou une petite noisette, laquelle croist assez soudain si on y applique remèdes qui l'irritent, et commence sans douleurs ; mais comme elle agrandit, tourmente fort le malade d'une douleur intolérable et poignante, avec une chaleur estrange, et aucunes-fois, par intervalle, ne la sent beaucoup » (A. Paré, édit. Malg., t. I, p. 361).

Pour cautériser le cancer labial, on employait jadis la pâte arse-

nicale. Valesius la vante déjà beaucoup, et plus tard, ce fut frère Côme qui en généralisa l'emploi. Comme ce caustique présente de graves inconvénients, entre autres celui de donner lieu souvent à des phénomènes d'intoxication, on lui préfère aujourd'hui avec raison la pâte de chlorure de zinc (pâte de Canquoin), qui se manie bien plus commodément, qui cause des douleurs moins vives au patient, qui est éminemment hémostatique, et donnant, contrairement à d'autres caustiques, des eschares qui se détachent au bout de quelques jours.

Anciennement on enlevait souvent la tumeur avec le fer rouge; ce moyen est complétement tombé en désuétude. Il n'a aucune qualité qui puisse le faire rechercher, et présente par contre beaucoup de désavantages.

On pourrait, il nous semble, tirer un fort bon parti des appareils de M. Middeldorpff, si l'on tenait à enlever un cancer des lèvres au moyen de la cautérisation. Un fil de platine rougi à blanc par cette pile puissante sépare des parties voisines la tumeur avec presque autant de rapidité que le bistouri, et, de plus, a une action sur la vitalité de la surface de section.

Quoi qu'il en soit, ces moyens sont rarement employés; car, dans la grande majorité des cas, lorsque la tumeur repose sur une base indurée et profonde, lorsque l'ulcération est très-étendue, lorsqu'il existe un engorgement ganglionnaire, il ne reste plus le choix, le couteau seul doit être mis en action.

Instrument tranchant. Lorsqu'il veut enlever un cancer des lèvres par l'instrument tranchant, le chirurgien se propose deux choses : 1° enlever toute la partie malade aussi complétement que possible; 2° restaurer les lèvres, afin que ces voiles musculeux puissent permettre au malade de parler, de garder la salive, etc. Aujourd'hui, grâce aux progrès de la chirurgie plastique, ablation et restauration ne forment plus qu'une seule et même opération. Nous n'en sommes

plus à l'époque où, le mal une fois enlevé, on attendait la cicatrisation de la plaie pour restaurer les parties détruites.

Pendant quelque temps, on avait fondé de grandes espérances sur le pouvoir qu'aurait l'autoplastie d'enrayer le retour de la maladie. M. Martinet pensait qu'on pourrait, par ce moyen, prévenir la récidive du cancer labial, récidive qu'il croyait due en grande partie aux tiraillements exercés sur la peau. M. Serre, de Montpellier, paraissait adopter en partie l'opinion de M. Martinet, mais ajoutait : « Tout en admettant que les tractions exercées sur la peau puissent être pour beaucoup dans la production du cancer, ne faut-il pas tenir compte de cette disposition fâcheuse de l'organisme qui existe chez la plupart des individus atteints de cancers, et qui seule suffit souvent pour expliquer la récidive du mal ? » (Serre, *Restauration de la face.*)

Au reste, aujourd'hui la question est jugée, et malheureusement il n'est que trop démontré que la meilleure des autoplasties ne préserve pas de la récidive.

Nous n'avons pas la prétention ici de vouloir décrire tous les procédés opératoires employés pour enlever la tumeur et restaurer les lèvres, en s'efforçant d'obtenir la réunion immédiate d'une plaie faite de telle ou telle manière. Cette partie de notre sujet, à elle seule, remplirait un volume, puisque Bruns énumère 32 procédés différents applicables à la lèvre inférieure, et 12 à la lèvre supérieure. Mais il nous semble utile d'insister sur 7 procédés que nous croyons les plus simples et les plus parfaits, que nous avons vu employer un grand nombre de fois par nos maîtres dans les hôpitaux, et dont nous avons pu constater les excellents résultats ; ils ont toujours suffi jusqu'ici à la main si habile et si heureuse de M. Desgranges, pour les cas si nombreux qui se présentent à l'hôtel-Dieu de Lyon. Dans quelques rares exceptions seulement, il faut employer d'autres procédés ; mais alors il vaut bien mieux se laisser guider plutôt par l'étendue et la direction du néoplasme, que par certaines idées préconçues d'avance.

Lèvre inférieure.

1° *Excision.*

Ce procédé, le plus simple de tous, était déjà en usage du temps d'A. Paré. On saisit la tumeur avec des pinces de Museux ou même seulement avec les doigts, et, au moyen de ciseaux courbes ou simplement avec un bistouri, on sépare la tumeur des parties sous-jacentes en suivant une ligne semi-lunaire, dont la concavité est tournée en haut. S'il y a hémorrhagie, on lie ou l'on tord les artérioles, et l'on recouvre la peau d'un pansement à plat; si le chirurgien tient à réunir la muqueuse à la peau, il excise légèrement la surface de section avec des ciseaux courbes, et place quelques points de suture. Cette dernière opération est généralement inutile; car, au bout de quelques jours, le tissu cicatriciel opère naturellement cette réunion. (Pl. II, fig. 1.)

Ce procédé ne peut s'appliquer que dans certains cas particuliers : 1° lorsque la tumeur est très-superficielle ou n'est encore constituée que par une simple ulcération; 2° lorsque les lèvres sont exhubérantes, comme cela se voit chez les vieillards qui ont perdu leurs dents. Dans ce dernier cas surtout, on est surpris, au bout de quelques jours, de voir combien la perte de substance est peu apparente.

A. Paré conseille, pour saisir commodément la tumeur, de la transpercer de part en part au moyen d'un fil double; ce fil peut être remplacé aujourd'hui avec avantage par une pince à crémaillère.

2° *Procédé en* V *simple.*

Ce procédé est un des plus anciennement connus et des plus généralement applicables. La lèvre inférieure étant saisie entre le pouce et l'index d'un aide, d'un côté, et de l'autre, entre les mêmes doigts du chirurgien, celui-ci cerne la tumeur par deux incisions qui, partant du bord libre de la lèvre, vont se réunir en V très-aigu au niveau du menton. On enlève le triangle de tissus compris entre

les deux incisions ; on lie ou l'on tord les coronaires labiales, qui ordinairement fournissent un jet assez considérable.

Le chirurgien tente le rapprochement des surfaces de section, et s'il voit que les tissus sont trop tiraillés, il détache sur une certaine étendue, avec le bistouri, les deux lambeaux latéraux. La réunion se fait alors sans difficulté, et l'opérateur pratique quelques points de suture à points passés, ou, ce qui est infiniment préférable, la suture entortillée avec des épingles fines. Sur le tout, pansement simple. (Pl. II, fig. 2.)

Ce procédé rapide et facile est applicable dans un très-grand nombre de cas ; cependant il ne faut pas oublier qu'il ne doit être employé que lorsqu'il permet bien d'enlever toutes les parties altérées, c'est-à-dire quand le mal s'étend plutôt verticalement que horizontalement. Quand ce dernier cas se présentera, on pourra encore employer ce procédé, mais il devra être modifié comme nous l'indiquerons plus loin. On doit aussi avoir la précaution de terminer le V en pointe aiguë, sans cela la réunion se ferait mal et le résultat serait gâté par la présence d'un bourrelet disgracieux au point de jonction des deux incisions.

3° *Procédé en double* V *combinés*, de M. Serre.

Cet ingénieux procédé, imaginé par M. Serre, de Montpellier, a été décrit par lui sous le nom de procédé avec *incisions en demi-étoile*. Il donne surtout d'excellents résultats lorsque la tumeur cancéreuse occupe la commissure labiale, quand tout autre procédé ne serait pas possible ou permettrait une restauration très-imparfaite.

La tumeur est circonscrite par quatre incisions formant entre elles deux V qui se touchent par un de leurs côtés. L'un de ces V, perpendiculaire à l'orifice buccal, s'étend sur le menton ; l'autre, situé sur la joue, se dirige suivant la commissure labiale. La tumeur enlevée, on dissèque les lèvres de la plaie pour rendre le rapprochement plus facile. Il faut surtout bien détacher des tissus sous-jacents le lambeau ABC, qui doit glisser sur une étendue assez con-

sidérable, puis on réunit avec des épingles fines les côtés AD et AB, BC et CE des deux V. (Pl. II, fig. 3.)

Cet excellent procédé donne souvent des succès remarquables, et deux fines cicatrices linéaires sont les seules traces de l'opération ; mais, comme nous l'avons déjà dit, il doit être réservé pour l'ablation des tumeurs qui occupent les commissures labiales. Dans ce cas surtout, il a le grand avantage de ne pas rétrécir l'orifice buccal.

4° Procédé. Incisions en signe (V⁻) *de racine carrée.*

Dans ce procédé, la tumeur est circonscrite par des incisions combinées qui donnent la figure (V⁻) du signe de racine carrée, ou, si l'on aime mieux, d'un V dont l'une des branches serait prolongée horizontalement soit d'un côté, soit de l'autre. La partie la plus volumineuse de la tumeur est comprise dans le V, BCE, et l'ulcération qui se voit sur le reste du bord libre de la lèvre est enlevée avec des ciseaux courbes ou avec le bistouri, par une incision AB. On dissèque le lambeau ABCD, et pour en faciliter le glissement on peut encore prolonger les incisions du V par une incision simple CD. On tire alors le lambeau en haut, et l'on réunit avec de fines épingles les surfaces de sections BCD avec ECD. La surface de section AB formera le bord libre de la lèvre inférieure. Ce procédé, très-souvent applicable, est surtout indiqué quand la lésion est formée par une tumeur volumineuse d'un côté, tandis que la surface de la muqueuse labiale seule est altérée dans le reste de l'étendue. (Pl. II, fig. 4.)

5° Procédé de M. Desgranges (1854).

Ce procédé peut se subdiviser en deux opérations principales : *A*. Ablation de la tumeur ; *B*. restauration de la lèvre et de l'orifice buccal.

A. *Ablation de la tumeur*. La tumeur, qui est censée occuper les trois quarts ou la totalité de la lèvre inférieure et descendre au loin sur le menton, est cernée par deux incisions formant un V en pointe

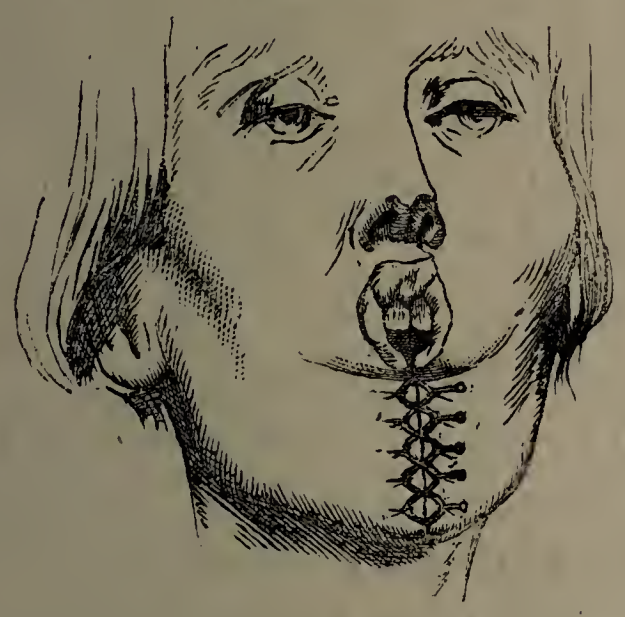
très-aiguë (fig. 5, tab. II). Cette dernière précaution surtout est essentielle, car plus l'ouverture du V est considérable, plus il doit être allongé.

La tumeur une fois enlevée et les artères tordues ou liées, si l'on essaye de faire joindre les bords de la plaie, on voit que cela est impossible, à cause des adhérences des parties molles avec le maxillaire inférieur. On détruit ces adhérences avec le bistouri en coupant à petits coups et en essayant de temps en temps si le rapprochement peut se faire. Il faut aller hardiment en avant jusqu'à ce que la réunion soit permise sans grands tiraillements. Il n'y a rien à redouter de la section des nerfs sous-mentonniers et de l'artère qui les accompagne, puisque la sensibilité n'en persiste pas moins, et que l'hémorrhagie s'arrête par la seule compression qu'exercent les lambeaux.

On fait la suture avec des épingles fines.

B. *Restauration de la lèvre et de l'orifice buccal* (1). La tumeur enlevée et la réunion une fois opérée (fig. 1), on a une bouche excessivement irrégulière, qui ne consiste plus qu'en une espèce de trou arrondi, dont la circonférence est formée presque en entier par la lèvre supérieure, l'inférieure ayant été enlevée complétement ou à peu près.

Fig. 1.

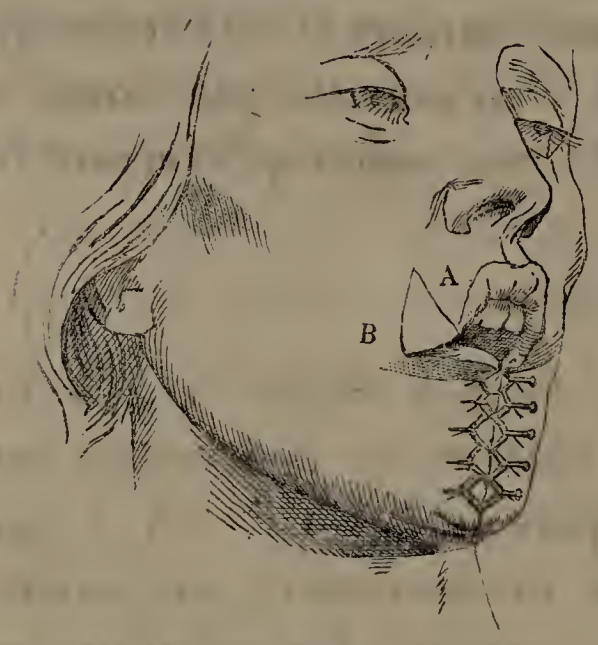


1° Avec des ciseaux droits on coupe dans toute leur épaisseur les joues, suivant la direction de la lèvre inférieure, si elle existe encore

(1) Qu'il nous soit permis de témoigner notre gratitude à M. Desgranges pour avoir bien voulu nous prêter les gravures suivantes, intercalées dans le texte, et destinées à mieux faire comprendre le mécanisme de son ingénieux procédé.

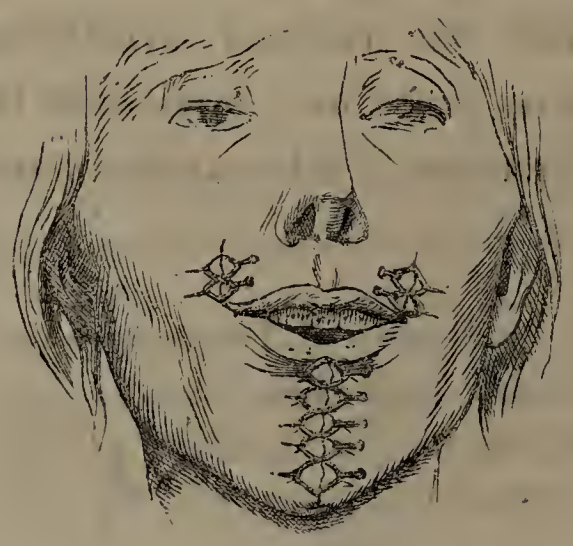
en partie, et si elle a été enlevée, suivant la direction qu'elle présenterait si elle était intacte. Ces incisions doivent avoir, suivant l'étendue qu'il faut donner à la bouche, de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. Si l'on incise 2 centimètres, l'artère faciale est sectionnée et doit être liée. De quelque longueur que l'on fasse ces incisions, il faut s'arranger de telle sorte que, d'une commissure à l'autre, l'ouverture buccale ait au moins toujours 6 centimètres et plutôt plus que moins, car la rétraction cicatricielle a toujours une certaine tendance à la diminuer.

Fig. 2.



2° Ceci fait, « le chirurgien, toujours armé des ciseaux, achève, par deux nouvelles incisions, de tailler un lambeau triangulaire qui doit être emporté (fig. 2). L'une de ces incisions (fig. 2, B) part de l'extrémité externe de l'incision horizontale, remonte sur la joue verticalement, ou plutôt légèrement inclinée en avant, dans la direction du pli noso-labial, et s'arrête après un trajet de 12 et 15 millimètres; l'autre (fig. 2, A) entame la lèvre supérieure au point où finit la muqueuse du bord libre, c'est-à-dire à l'extrémité interne de la section horizontale, puis elle vient, à l'extrémité de la précédente, compléter le triangle qui doit laisser un vide. » (Desgranges.)

Fig 3.



3° On réunit par deux points de suture les incisions A et B, et on élargit ainsi la bouche, tout en corrigeant l'exubérance de la lèvre supérieure (fig. 3).

4° A la nouvelle lèvre inférieure, on réunit la muqueuse à la peau par quelques points de suture à points passés.

Pansement simple.

Ce procédé, que nous avons vu souvent employer par nos maîtres dans les

hôpitaux, a sur plusieurs autres des avantages marqués; il permet d'enlever un cancer très-large par des incisions simples et faciles; l'ouverture buccale peut conserver ses dimensions naturelles; il diminue la saillie et le froncement de la lèvre supérieure, et ces résultats sont obtenus sans sillonner les joues d'incisions et de cicatrices qui laissent à la physionomie un cachet désagréable.

Qu'il nous soit permis ici de reproduire une seule des nombreuses observations recueillies par M. Desgranges (*Gaz. heb.*, 1854).

OBSERVATION.

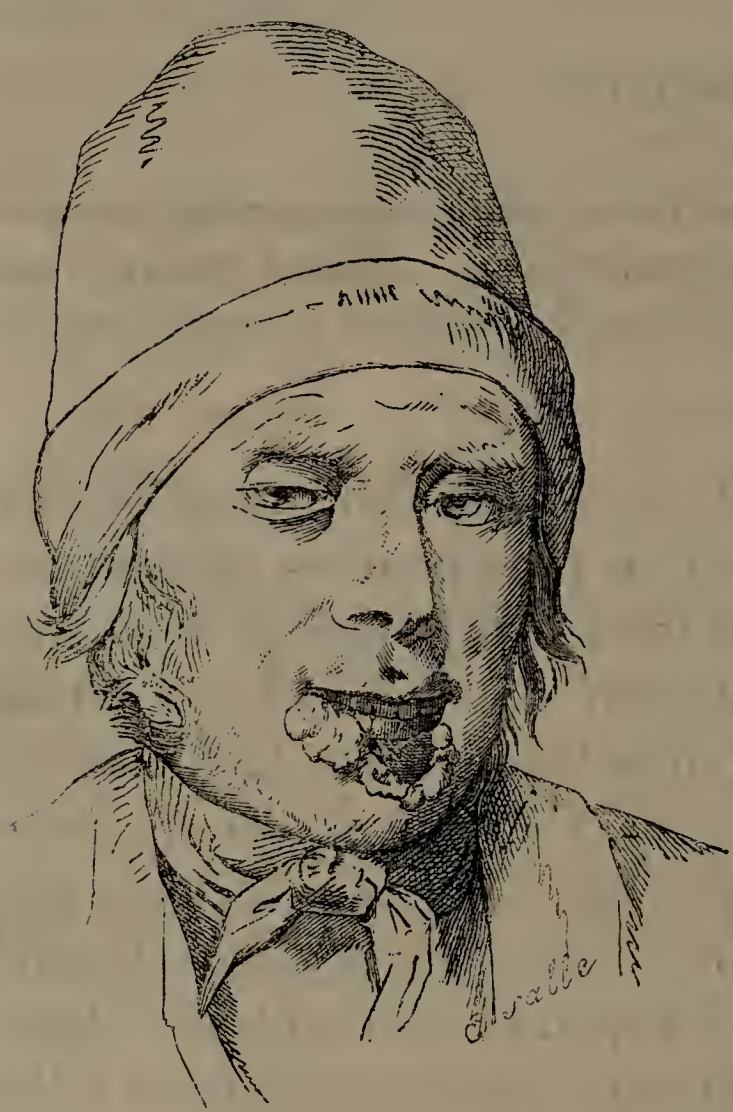
Cancroïde épithélial volumineux de la lèvre inférieure; état typhoïde intercurrent; gangrène de la tumeur; perte de substance comprenant presque toute la lèvre; cheiloplastie par le nouveau procédé. Guérison prompte; résultat remarquable.

Le 10 décembre 1853, Pierre H....., 62 ans, cultivateur, de Laon (Haute-Loire), entre à l'hôtel-Dieu de Lyon pour un énorme cancroïde qui occupe de haut en bas toute la portion libre de la lèvre inférieure, et qui va transversalement de la commissure labiale gauche jusqu'à 1 centimètre de la commissure droite. La tumeur est dure, bosselée, ulcérée et anfractueuse. L'ulcération, dans plusieurs points, laisse voir des bourgeons charnus, saignant au moindre contact; ailleurs, des croûtes noirâtres assez épaisses; dans d'autres points, une couche grisâtre diphthéritique. La lèvre saillante, déjetée en dehors, est baignée continuellement d'une sanie ichoreuse mêlée de salive; et, soit à cause de la tumeur, soit à cause du liquide qui s'en écoule, l'aspect du malade est repoussant. Point de ganglions sous-maxillaires engorgés. Le mal, chez cet homme, a débuté par un petit bouton blanchâtre, qui, plusieurs fois arraché, a reparu chaque fois, et pris en dernier lieu les dimensions que nous venons de dire.

L'état général du malade est mauvais; il est faible, rachitique, avec de la fièvre, sous l'influence du voyage, à l'en croire. Quoi qu'il

en soit, la peau est sèche, terreuse, le pouls plein et fréquent, la langue brunâtre et parcheminée; soif vive, inappétence, faiblesse extrême; joint à cela de l'insomnie, un facies anxieux, un état typhoïde, en un mot. Aussi craint-on de le perdre, et se garde-t-on bien de le disposer à l'opération. Pourtant, vers le 20 décembre, l'état grave du malade s'améliore; l'appétit renaît, le sommeil revient, le facies est plus naturel.

Fig. 4.



En même temps, la tumeur est frappée de gangrène presque en totalité; si bien qu'elle laisse, en tombant, une vaste échancrure, dont le plus grand écartement mesure, ou peu s'en faut, la distance des deux commissures, et dont le sommet, tourné à gauche, touche au trou mentonnier (fig. 4). Les bords de cette large perte de substance sont bourgeonnants, durs, bosselés, formés par un reste de dégénérescence que n'a point emporté la gangrène. La santé revient tous les jours, et bien qu'H..... ne soit pas trop fort, sa difformité paraît assez grave pour décider à une opération. — Éméto-cathartique, deux purgatifs salins.

24 janvier. Cheiloplastie par le nouveau procédé.

1° Ablation des restes de la tumeur par une incision en V qui touche à la commissure gauche, s'approche de 1 centimètre de la commissure droite, et descend sur le bord inférieur du maxillaire, vers le trou mentonnier. L'écartement du V, mesuré avant l'opération, est de 7 centimètres.

2° Dissection des lambeaux pour en favoriser le glissement et les ramener au contact.

3° Réunion sur la ligne médiane par six points de suture entortillée.

4° Excision des triangles latéraux ; réunion par deux points de suture de chaque côté. La lèvre supérieure est tendue ; la bouche est régulière, de ronde qu'elle était, et sa largeur est de 6 centimètres.

5° Pansement simple.

Le malade, dans une demi-anesthésie, a supporté parfaitement toutes les phases de cette longue opération.

Anatomie pathologique. Les coupes de la tumeur offrent cette apparence papillaire due à l'accolement de petits corpuscules qui se distinguent par une coloration blanchâtre du tissu cellulaire qui les unit. La pression les dissocie en petits grumeaux allongés, sans faire sourdre de suc véritable. Pas de vaisseaux apparents, si ce n'est au niveau de l'ulcère.

Au microscope, cellules épithéliales en abondance.

Les *suites* immédiates de l'opération sont très-simples : point d'hémorrhagie, peu de douleurs ; calme, repos dès le premier jour : état fébrile modéré. Le menton et les joues sont le siége d'un léger gonflement, mais sans rougeur érysipélateuse. L'appétit revient très-vite, à tel point que le surlendemain de l'opération le malade mange deux potages au riz.

Le 27. On enlève sur la suture médiane les deux épingles les plus rapprochées du menton, et sur les sutures latérales l'épingle la plus éloignée de la commissure. L'état local et l'état général sont excellents, sauf un peu de céphalalgie, que l'on combat par des sinapismes aux jambes.

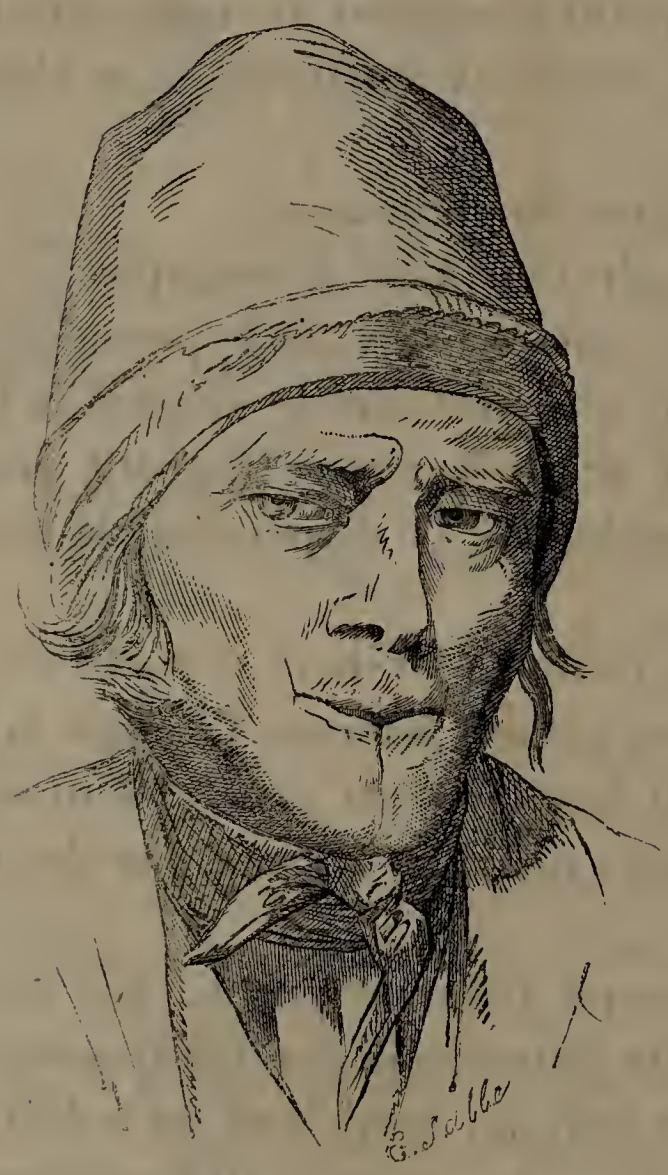
Le 28. On enlève les épingles qui tiennent encore aux sutures latérales, et en même temps deux autres épingles inférieures de la suture médiane. Le 29, on retire celle du bord libre de la lèvre, et le 30 la dernière qui reste. Les trois réunions sont immédiates et

solides, les deux latérales à peine visibles, la médiane un peu plus apparente. La bouche a des dimensions fort convenables; seulement les contours n'en sont pas très-réguliers, à cause du renversement de la nouvelle lèvre sur l'arcade dentaire, à cause aussi d'un certain gonflement de la lèvre supérieure.

Bien que les tissus ne soient pas trop tiraillés, par mesure de précaution on soutient la réunion médiane par une bandelette de linge imbibée de collodion.

Le 2 février. De ce moment au jour de la sortie, tout se passe avec une extrême simplicité; car on ne saurait donner le nom de complication à deux petits abcès survenus de chaque côté, près du bord maxillaire, lesquels n'ont duré que huit jours, depuis la formation jusqu'à la guérison complète.

Fig. 5.



L'appétit est bon, les forces augmentent, les grandes fonctions s'exécutent régulièrement. La lèvre supérieure se dégorge graduellement, l'inférieure se redresse et devient verticale; la bouche enfin prend un air naturel; et, malgré le retrait des cicatrices, elle conserve 5 centimètres d'ouverture. Les cicatrices des commissures se perdent dans le pli naso-labial; seule la cicatrice médiane est assez apparente, mais on peut espérer qu'elle s'effacera plus tard (fig. 5).

Le 7 mars, exeat.

6° *Procédé de M. Serre* (pl. II, fig. 6).

On enlève la dégénérescence par deux incisions qui forment un V plus ou moins ouvert, suivant l'étendue du mal. On prolonge ces incisions jusqu'au niveau du cartilage thyroïde ; ensuite on fait une troisième incision qui, partant de la commissure labiale, arrive à quelques millimètres du masséter en suivant l'arcade dentaire supérieure. On détache le lambeau du maxillaire inférieur et l'on réunit. Une partie de la lèvre est alors formée par le lambeau pris sur la joue.

On peut, si le cancer est étendu et situé en grande partie sur la ligne médiane, faire une incision à chaque commissure ; l'opération est la même, seulement elle est double (Serre, *Rest. de la face*, p. 117, Atlas, pl. V).

Au point de vue du manuel opératoire, ce procédé est rapide et facile. « Mais, dit M. Serre, il est un organe essentiel à ménager, c'est le canal de Stenon ; toutefois, si l'on se rappelle bien le trajet qu'il parcourt, et le point de la paroi buccale sur lequel il vient s'ouvrir, on verra comment, en se tenant toujours à peu près au niveau de la commissure des lèvres et en donnant à l'incision latérale la forme indiquée, on est sûr d'éviter ce conduit. »

Ce procédé a un grand avantage, c'est de donner une lèvre nouvelle revêtue d'une muqueuse à sa face interne ; on n'a qu'une seule chose à lui reprocher, c'est cette longue balafre qui défigure la malade.

Lèvre supérieure.

7° *Procédé de M. Serre.*

Le mal est enlevé par trois incisions : deux verticales partant du bord libre, et une horizontale réunissant les deux autres. Puis on fait deux autres incisions horizontales de chaque côté, comprenant

toute l'épaisseur des joues et allant jusqu'au niveau des masséters; les supérieures prolongent la première incision horizontale, et les inférieures partent des commissures. Cela fait, on a deux lambeaux latéraux tenant aux tissus voisins par leur côté externe; on dissèque ces lambeaux pour que la réunion se fasse sans de trop grands efforts, puis on fait la suture avec des épingles fines.

Lorsque la tumeur n'est pas trop volumineuse, on peut employer pour la lèvre supérieure l'incision en V simple; mais, pour que la tumeur présente un certain développement, on est forcé de recourir au procédé que nous venons de décrire, et qui du reste remplit parfaitement toutes les indications.

En résumé, quelle que soit la manière dont le chirurgien veuille opérer l'ablation de la tumeur suivie de la cheiloplastie, il doit soigneusement éviter, chaque fois que cela se peut, les procédés qui obligent à chercher un lambeau inférieur; et cela pour plusieurs raisons : ce lambeau a toujours une grande tendance à redescendre et à laisser les dents et les gencives à découvert; il n'est pas revêtu d'une muqueuse, comme celui qui est emprunté aux joues; il s'amincit souvent beaucoup et donne alors une lèvre d'un aspect pitoyable; enfin, comme il est adhérent par son côté inférieur, il favorise souvent la formation de clapiers et de fusées purulentes.

Nous ne saurions aussi trop insister sur la nécessité de prendre des épingles fines à entomologie pour les sutures dans les cheiloplasties; elles ont sur les épingles ordinaires des avantages très-marqués : tout en offrant une résistance bien suffisante, elles fléchissent, si la constriction opérée par le fil devient trop forte, et préviennent ainsi la gangrène des bords du lambeau; de plus, elles font aux tissus des trous d'un diamètre très-petit, causent ainsi moins d'inflammation, et quand on les emploie, on voit l'érysipèle envahir moins souvent les parties opérées.

Lorsqu'on enlève un cancer labial, il faut autant que possible enlever les ganglions engorgés pour retarder au moins de quelques

mois la récidive et la généralisation ; quelquefois ces ganglions sont très-éloignés de la partie malade, alors il faut en faire l'ablation par des incisions séparées. Ordinairement ils sont assez rapprochés de la tumeur, pour qu'en prolongeant jusque sur eux une des incisions primitives, on puisse les enlever facilement. Au reste, selon nous, cette ablation des ganglions n'a pas beaucoup d'importance, au moins pratiquement ; car nous sommes convaincu que tout chirurgien, quand il enlève deux ou trois ganglions qu'il *sent bien*, sous la mâchoire, par exemple, en laisse au moins autant qui sont déjà infectés, mais que le toucher ne lui révèle pas encore. C'est ce qui explique pourquoi l'envahissement n'en poursuit pas moins son cours.

Nous ne dirons rien des différentes complications qui peuvent venir entraver la nécessité d'une cheiloplastie, ce sont celles qui peuvent se présenter pour toutes les autres opérations : l'hémorrhagie consécutive, qu'on arrêtera par une légère compression ou par une application de perchlorure de fer étendu d'eau.

L'érysipèle sera combattu par des frictions de pommades au sulfate de fer, au nitrate d'argent, ou même tout simplement, et peut-être plus efficacement, par une légère cautérisation faite en promenant le crayon infernal sur les parties que le mal a déjà envahies et sur les tissus voisins.

Après l'opération, si l'inflammation était trop violente, on insisterait sur les émollients, les applications de cataplasmes d'amidon, etc. Enfin, si l'un des lambeaux menaçait de se détacher, on le soutiendrait par d'étroites bandes de linge enduites de collodion et habilement placées pour résister à la chute de l'édifice.

Nous n'avons pas la prétention, dans ce modeste essai, d'avoir résolu toutes les questions que nous nous étions posées; mais, si nos recherches ont été souvent difficiles, elles ont été consciencieuses : c'est ce qui nous fait espérer l'indulgence pour les imperfections de notre travail.

Les faits principaux que nous avons étudiés peuvent se résumer de la manière suivante :

1° La lèvre inférieure a une disposition toute particulière à être atteinte du cancroïde ; pour 1 malade affecté à la lèvre supérieure, on en trouve 24 atteints à la lèvre inférieure.

2° Le cancroïde labial naît tantôt de toutes pièces dans l'épaisseur des tissus (c'est le cas le plus fréquent), tantôt il est consécutif à une tumeur verruqueuse.

3° Le cancroïde des lèvres présente, au point de vue de sa structure, trois variétés principales : *a*. cancroïde à éléments épithéliaux ; *b*. cancroïde à éléments glandulaires ; *c*. cancroïde à cytoblastions.

4° Ces trois variétés peuvent quelquefois se combiner entre elles.

5° Le cancroïde à cytoblastions siége presque toujours à la lèvre supérieure ; quand on le trouve à la lèvre inférieure, il est presque toujours consécutif à un autre cancer enlevé par une première opération.

6° Le cancroïde labial, une fois ulcéré, marche avec une grande rapidité.

7° Dans la plupart des cas, les ganglions voisins sont engorgés et se transforment en une ulcération de mauvaise nature.

8° Sur les sujets atteints de la maladie, on trouve souvent dans d'autres organes des néoplasmes analogues à la tumeur des lèvres.

9° Ordinairement la mort arrive deux à trois ans après le début de la maladie.

10° Le cancroïde labial récidive presque toujours.

11° Il peut être confondu avec l'ulcère scrofuleux et le chancre syphilitique.

12° Les hommes sont bien plus sujets que les femmes au cancroïde des lèvres ; en moyenne, on peut dire qu'il y a une femme atteinte pour sept hommes.

13° La fréquence de la maladie paraît s'accroître en proportion directe des âges.

14° Les professions agricoles, et en général celles qui obligent à travailler en plein air, paraissent avoir une très-grande influence sur le développement de la maladie.

15° L'aire de plus grande fréquence du cancroïde labial occupe surtout le centre de l'Europe ; il est très-rare au Nord, et à peu près inconnu en Afrique et dans les contrées de l'Orient.

16° Jusqu'à ce jour, il n'est rien moins prouvé que l'usage de fumer le tabac ait une influence sur le développement de la maladie.

17° Le cancroïde labial est un véritable cancer, de nature aussi maligne que celui de toute autre partie du corps.

18° Le pronostic doit être très-grave.

19° Jusqu'à présent le traitement général ne paraît pas avoir donné beaucoup de succès.

20° La cautérisation peut être fort utile dans certains cas; quand on y a recours, les caustiques faibles doivent être rejetés.

21° L'ablation avec l'instrument tranchant, suivie de la cheiloplastie, est généralement préférée. Un très-petit nombre de procédés peuvent ordinairement remplir toutes les indications.

RÉSUMÉ BIBLIOGRAPHIQUE (1).

BARDELEBEN. *Canstatt Jahresbericht über die Fortschritt*, etc., 1854. — Wurzburg, 1855, t. IV, p. 183.

BARRIER. Compte rendu des opérations pratiquées en 1850 (*Gazette médicale de Lyon*, 1852).

BAYLE. *Dictionnaire des sciences médicales*, t. III, p. 382.

BENETT. *On cancerous and cancroid growths*, p. 259 ; Edinburgh, 1849.

BÉRARD. *Dictionnaire de médecine*, t. XVIII, p. 55, et t. XII, p. 547.

BOUISSON. *Du Cancer buccal chez les fumeurs* (*Montpellier médical*, 1859).

BROCA. *Bulletins de la Société anatomique*, p. 390 ; Paris, 1853.

BRUCH. *Diagnostik der bösarligen Geschwülste*, p. 132-137 ; 1847.

BRUNS. *Handbuch der praktischen Chirurgie in monographien ;* Tübingen, 1859-1860.

COMBE. *Bulletin général de thérapeutique*, 1853, p. 315.

DESGRANGES. Nouveau procédé de cheiloplastie (*Gazette hebdomadaire*, 1854).

DIFFENBACH. *Schirurgische Erfahrûng*, etc., 1834.

DONDERS. *Zeitschrift fûr ration. Medic. ;* Heidelberg, 1854.

ECKER. *Archiv für physiol. Heilkunde*, 1844, p. 380.

FORSTER. *Handbuch der specielle Pathol. Anatom. ;* Leipzig, 1854. — *Handbuch der Allgem. pathol. Anatom. ;* Leipzig, 1855. — *Atlas der microscopische path. Anatom. ;* Leipzig, 1854. — *Illustrirt medizinisch Zeitung ;* Munchen, 1853. — *Canstatt Jahresb.*, t. II, p. 37 ; 1856.

FRERICHS. *Jenaische Annalen für Physiol. und Medizin*, 1850, t. I, p. 3.

GUNTER. *Viertel-Jahrsschrift fûr praktische Heilkunde ;* Prague, 1854.

HANNOVER. *Das Epithelioma ;* Leipzig, 1852.

HEINECKE. *Zeitschrift des deutschen Chirurgie vereins ;* Magdebourg, 1849.

HEURTAUX. *Du Cancroïde en général*, thèse ; Paris, 1860.

HEYFELDER. *Deustche Klinik ;* Berlin, 1849 et 1853.

KÖHLER. *Die Krebs und Scheinkrebs-Krankheiten*, etc., p. 163 et suiv. ; Stuttgart, 1853.

(1) Nous omettons à dessein de cette liste les ouvrages classiques qui se trouvent entre les mains de tout le monde.

Kuss. *Gazette médicale de Strasbourg,* 1846, p. 109.
Lebert. *Physiologie pathologique,* t. II; 1845.
— *Alhandlungen,* etc., *der praktisch. Chirurgie;* Berlin, 1848.
— *Traité des maladies cancéreuses;* Paris, 1851.
— *Mémoires de la Société de chirurgie;* Paris, 1851.
— *Anatomie pathologique illustrée;* Paris, 1855.
— *Mémoires de la Société médicale d'observation;* Paris, 1856.
Ledran. *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie;* Paris, 1757.
Louis. *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie,* t. IV et t. V.
Mayor. *Recherches sur les tumeurs épidermiques,* thèse; Paris, 1846.
Melzer. *Jenaische Annalen,* t. II, p. 480; 1850.
Mercier. *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie,* t. V.
Michon. Thèse sur le *cancer cutané;* Paris, 1848.
Ollier. *Recherches sur la structure des tumeurs cancéreuses;* Montpellier, 1856.
Paget. *Lectures on surgical pathology;* London, 1853.
Paré. OEuvres, édition Malgaigne, t. I.
Payn. *Gazette médicale de l'Algérie,* octobre 1858.
Pohl. *Archiv. path. Anat.* Virchow, 1855, p. 348.
Rayer. *Traité des maladies de la peau;* Paris, 1836.
Rechnitz. *Oesterreichische mediz. Vochenschrift;* Vien, 1841.
Remack. *Deutsche Klinik,* p. 173; Berlin, 1854.
Rigaud. *De l'Anaplastie des lèvres,* etc., thèse de concours; Paris, 1841.
Robin. *Note sur quelques hypertrophies glandulaires* (*Gazette des hôpitaux,* 1852).
Rokitansky. *Handbuch der pathol. Anat.,* p. 385; Vien, 1846.
Schuh. *Pathologie und Therapie der Pseudoplasmen,* p. 268; Vien, 1854.
Schindler. *Deutsche Klinik,* 1850, p. 68.
Sédillot. *Recherches sur le cancer;* Strasbourg, 1846.
Serre. *Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face;* Montpellier, 1842.
Soemmering. *De Morbis vasorum absorbentium corporis humani,* pars pathologica, p. 109; 1795.
Vedl. *Grunzug der path. Histologie,* p. 652; Vien, 1854.
Velpeau. *Clinique chirurgicale,* 1841.
Virchow. *Verhandlung der Physik. Medicini. Gesselschaft,* t. I; Wurtzburg, 1850.
— *Gazette médicale de Paris,* 1855, p. 208.
— *Gessammett. Abhand. zur Wissenschaft. Medic.,* p. 1017; Francfurt a. M., 1856.
— *Archiv für Path.,* t. III, p. 222; Berlin, 1851.
— *Gazette hebdomadaire,* p. 125; Paris, 1855.
— *Pathologie cellulaire,* trad. de Picard; 1860.

EXPLICATION DES FIGURES.

Planche I.

Fig. I. — Culs-de-sac glandulaires hypertrophiés pris dans un cancroïde de la lèvre inférieure. A l'intérieur, on voit de l'épithélium nucléaire légèrement déformé. Un des culs-de-sac (A) montre ses parois fibreuses en partie diminuées et en voie de résorption; les parois des deux autres ont mieux résisté.

Fig. II. — Cellules épithéliales prises dans une cancroïde papillaire de la lèvre inférieure; elles sont grandes, déformées, et contiennent dans leur intérieur un noyau volumineux à contours bien marqués et présentant plusieurs nucléoles bien visibles.

Fig. III. — Globe épithélial d'un cancroïde papillaire de la lèvre inférieure. Au centre, on voit plusieurs grandes cellules (A) à noyaux bien visibles; la périphérie (B) est formée de cellules épithéliales disposées comme les pelures d'oignon et dont on voit les noyaux (C) en profil.

Fig. IV. — Corps fusiformes d'un cancroïde de la lèvre supérieure; en A, un de ces corps présente deux noyaux et se trouve en voie de segmentation.

Fig. V. — Cytoblastions très-nombreux pris dans un cancroïde de la lèvre supérieure.

Fig. VI. — Fibre musculaire prise dans le voisinage d'un cancroïde de la lèvre inférieure et traitée par l'acide acétique. Les noyaux du sarcolemme, qui, dans la fibre normale, se présentent de distance en distance seulement, sont ici augmentés en nombre d'une manière considérable; quelques-uns présentent deux nucléoles qui s'écartent peu à peu, et qui opèrent ainsi la segmentation du noyau. Ces noyaux du sarcolemme ont été pris par certains auteurs pour une infiltration épithéliale.

Fig. VII. — Fibre musculaire altérée par un grand nombre de granulations graisseuses réfringentes.

Fig. VIII. — Coupe d'un cancroïde papillaire de la lèvre inférieure. A, productions papilliformes formées de cellules disposées en couches stratifiées sur

la périphérie, et contenant au centre des amas de globes épithéliaux. B, limite des papilles pathologiques. C, faisceaux conjonctifs du chorion entremêlés venant s'insinuer entre les papilles pathologiques et formés en haut par des débris de papilles normales. On voit profondément (D), entre quelques faisceaux, deux amas de globes épithéliaux (hétérotopie?).

Planche II.

Fig. I. — Incision simple semi-lunaire.

Fig. II. — Incisions en V simple.

Fig. III. — Incisions en V combiné, en demi-étoile (Serre, de Montpellier).

Fig. IV. — Incisions en V̄ (signe racine carrée).

Fig. V. — Incisions en V simple très-ouvert. Pour diminuer l'exubérance de la lèvre supérieure et pour agrandir l'ouverture buccale, on entoure deux petits triangles au niveau de chaque commissure (Desgranges).

Fig. VI. — Incisions en V simple combiné avec une incision horizontale pratiquée à la joue au niveau de la commissure (Serre, de Montpellier).

Fig. I.

Fig. II.

Fig. III.

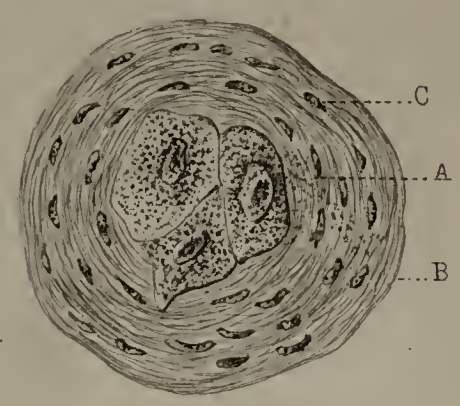


Fig. IV.

Fig. V.

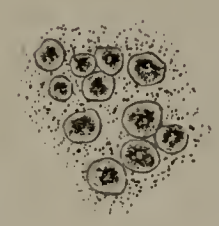


Fig. VI.

Fig. VII.

Fig. VIII.

Chauvin et Lortet ad. nat. del.nt

Lith. E. Simon à Strasbourg.

Fig. I

Fig. IV

Fig. II.

Fig. V.

Fig. III.

Fig. VI.

Lortet del.t

Lith. H. Simon à Strasbourg